



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ANOREXIA NERVIOSA PARA CHICAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Presentado por: D^a Dennis Carolina Lucero Aluisa

Tutora: Dra. María Motos Muñoz

Valencia, a 01 de junio de 2020

Agradecimientos

Me gustaría expresar mi agradecimiento a las personas que, de una forma u otra, han formado parte de esto.

A mi tutora María Motos, ya que sin su ayuda no habría sido posible realizar este trabajo. Gracias por toda tu implicación, dedicación y ayuda en este proceso.

A mis padres y hermana, por apoyarme en todo momento y confiar en mí. Gracias por ayudarme a conseguir mi sueño y formar parte de él.

A mí pareja, Sergio, por llegar en el momento idóneo y cambiar mi vida. Gracias por apoyarme en todas mis decisiones y por tu esfuerzo incansable por conseguir que confíe más en mí.

Y en general, a todas aquellas personas que hace cuatro años me brindaron su ayuda y estuvieron a mí lado cuando más lo necesitaba. Soy quien soy gracias a vosotros. Gracias por estar.

Y a aquellas personas que están luchando contra un TCA, creedme, aunque ahora no lo parezca, vale la pena luchar. Sois muy valientes.

Gracias por formar parte de mí.

Resumen

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo caracterizados por dificultades en la interacción y la comunicación social y patrones de comportamiento repetitivos y restrictivos. Otra de las características más destacables es la inflexibilidad cognitiva. Las personas con este perfil son propensas a manifestar problemas en la conducta alimentaria debido a las preferencias extremas y restringidas de alimentos. La Anorexia Nerviosa (AN) es uno de los Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) más frecuente, las características que destacan de este trastorno son un peso significativamente bajo, una alteración en la percepción de su imagen corporal, así como un miedo intenso a ganar peso, el cual da lugar a la realización de conductas que interfieren en el aumento del mismo.

Investigaciones indican que existe una alta comorbilidad entre TEA y AN y que el no diagnóstico o diagnóstico tardío en la infancia de TEA en mujeres hace que sean más vulnerables a desarrollar problemas psicológicos, como AN. Por esta razón es necesario adaptar los programas existentes para tratar los trastornos de la conducta alimentaria al perfil cognitivo de las personas con TEA, dado que, la falta de adaptación provoca una menor adherencia al tratamiento, siendo el pronóstico peor para esta población.

Por ello, se plantea una propuesta de intervención de AN adaptada a esta población con el objetivo de reducir estos problemas de alimentación. Este programa está dirigido a chicas de entre 13 y 18 años con diagnóstico de TEA nivel 1 incluyendo tanto sesiones individuales como familiares. La adaptación del programa al perfil TEA busca fomentar la adherencia al mismo.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Trastornos Alimentarios, Anorexia Nerviosa, Intervención clínica.

Abstract

Autism Spectrum Disorders (ASD) are neurodevelopmental disorders characterized by difficulties in interaction and social communication, and repetitive and restrictive behavior patterns. Another of the most remarkable characteristics is cognitive inflexibility. People with this profile are susceptible to manifest problems in eating behavior due to extreme and restricted food preferences. Anorexia Nervosa (AN) is one of the most frequent Eating Disorders (ED), the most outstanding characteristics of this disorder are a significantly low weight, an alteration in the perception of their body image, as well as an intense fear of gain weight which results in the realization of behaviors that interfere with its increase.

Research indicates that there is a high comorbidity between ASD and AN and that the non-diagnosis or late childhood diagnosis of ASD in women makes them more vulnerable to developing psychological problems, such as AN. For this reason, it is necessary to adapt existing programs to treat eating disorders to the cognitive profile of people with ASD inasmuch as, due to the absence of adapted programs, there is less adherence to treatment and the prognosis is worse for this population.

Therefore, an AN intervention program adapted to the ASD population has been proposed, with the aim of reducing these feeding problem. The program is aimed at girls between 13 and 18 years with a diagnosis of ASD level 1, including both individual and family sessions. The adaptation of the program to the ASD profile seeks to promote adherence to it.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Clinical intervention.

ÍNDICE

1. Introducción.....	7
1.1 Marco teórico	7
1.2 Justificación	17
2. Descripción del programa de intervención	18
2.1 Ámbito de aplicación	18
2.3 Destinatarios o población diana sobre la que se va a aplicar el programa	18
2.4 Fases en la elaboración del programa	19
2.5 Descripción del programa	22
2.6 Calendario de actividades.....	35
2.7 Delimitación de recursos	37
2.8 Análisis de su viabilidad.....	38
2.9 Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final.	38
3. Conclusiones.....	41
4. Referencias bibliográficas	43
5. Anexos.....	47

1. Introducción

1.1 Marco teórico

Actualmente, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es considerado un trastorno del neurodesarrollo caracterizado principalmente por un déficit en la interacción social y la comunicación, tanto verbal como no verbal. A su vez, las personas con TEA pueden presentar patrones estereotipados de intereses y conductas repetitivas y restringidas (Anexo 1). Estas características diagnósticas son evidentes en el desarrollo del niño, pero en algunos casos pueden quedar enmascaradas debido a la intervención, la compensación y las ayudas que se ofrecen actualmente. (APA, 2013)

Es imprescindible una detección precoz ya que los síntomas de este trastorno tienden a manifestarse en la primera infancia. El 80% de los niños de entre 2 y 3 años presentan algunas señales que pueden alertar a los familiares como por ejemplo el niño no señala con el dedo índice, no trae cosas para mostrárselas a los demás, no responde cuando se le llama por su nombre, entre otros comportamientos normotípicos. (Hernández et al., 2005)

No obstante, la APA (2013) afirma que “puede no manifestarse en totalidad hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida” (p. 50).

En cuanto a la prevalencia del TEA, según el DSM-5, es del 1% y afecta con menos frecuencia a mujeres que a hombres. Estudios como el de Alcantud, Alonso y Mata (2016) afirman que la prevalencia del TEA ha ido en aumento, aunque señala que este incremento no es indicador de que la incidencia de dicho trastorno sea mayor. Afirman que los cambios en los criterios diagnósticos, las prácticas de detección y diagnóstico, las políticas de educación especial y los conocimientos de los TEA, pueden ser responsables de dicho aumento en la prevalencia.

Otro dato a tener en cuenta es que, según la OMS (2019), uno de cada 160 niños tiene un trastorno del espectro autista. Estudios anteriores señalaban que la proporción se encontraba en 1/56 o 1/163 niños (Forte, Escandell y Castro, 2013; García Primo et al., 2014). Actualmente la proporción de TEA en España según Morales, Roigé, Hernández, Voltas y Canals (2018) se encuentra en torno a 1/64 niños (3-4 años) y 1/100 niños (10-11 años). Si se hace una comparación con otros países, en EE. UU según Bajo et al. (2018), la proporción es de 1/45 niños; en Dinamarca la proporción es de 1/172 (Hansen, Schendel y Parner, 2015) mientras que en Alemania la proporción que señalan Bachmann,

Gerste y Hoffmann (2016) es de 1/166. Con todos estos datos se puede concluir, en líneas generales que la proporción de TEA ha ido en aumento en los últimos años.

Finalmente, en el DSM-5 desaparece la nomenclatura de Trastorno de Asperger, el más estudiado en relación con Anorexia Nerviosa, por lo que las personas con dicho diagnóstico entrarían en la categoría diagnóstica de TEA de grado 1 (Anexo 2), especificando que no presentan deterioro del lenguaje ni déficit cognitivo. (García, 2020)

Como afirman Martos y Paula (2011), la flexibilidad cognitiva hace referencia a la habilidad que tienen las personas para cambiar a un pensamiento o acción diferente en función de los cambios en las situaciones o contextos. En el caso del TEA, los indicadores conductuales que más se relacionan con las funciones ejecutivas son las estereotipias, la rigidez e inflexibilidad tanto cognitiva como conductual, los rituales y rutinas, y las ecolalias. La inflexibilidad cognitiva es una característica distintiva de los TEA. Las medidas de flexibilidad predicen la gravedad de los síntomas de los comportamientos repetitivos en personas con TEA (López et al. 2005; Van Eylen et al. 2011, citado por Uddin et al., 2015).

Martos y Paula (2011) destacan que la capacidad generativa (una alteración de las funciones ejecutivas) encargada de provocar alteraciones en la capacidad para generar objetivos y metas adecuadas y dificultad para generar nuevos comportamientos, está relacionada con la flexibilidad cognitiva y conductual. Estos autores afirman que:

Esto conduce, inexorablemente, a una limitación de la creatividad, de la espontaneidad, de la flexibilidad y de la adaptación a los entornos, de la generación de planes de acción y, en el peor de los casos, a una repetición continua de la conducta o a un empleo estereotipado de los objetos, juegos y uso de los tiempos de ocio. Se trata de un proceso mental de generación de esquemas cognitivos nuevos que se adaptan y se asimilan a los anteriormente aprendidos y que, cuando se deteriora, provoca que las situaciones nuevas se vivan como ‘terroríficamente novedosas’ (Martos y Paula, 2011, p. S149)

Esto explicaría el rechazo a situaciones que no conocen o son imprevistas.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una modificación constante en la alimentación o el comportamiento relacionado con la alimentación que conduce a una alteración en el consumo o la absorción de alimentos causando un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Dentro de los Trastornos de la conducta alimentaria, se encuentra la Anorexia Nerviosa (AN), que se caracteriza por un esfuerzo continuo por adelgazar, una percepción distorsionada de su imagen corporal (IC), miedo intenso a ganar peso y la restricción del consumo de alimentos, lo que conlleva un bajo peso corporal (Anexo 3). El inicio de este trastorno suele darse durante la adolescencia o la edad adulta temprana, rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque existen casos de inicio temprano como tardío. (APA, 2013). Autoras como Perpiñá (2015) indican que la edad de inicio más frecuente es entre los 13 y los 18 años.

En cuanto a la prevalencia de la AN, según el DSM-5 (APA, 2013), es del 0'4% entre mujeres jóvenes, aproximadamente. Este trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en hombres (10:1).

Según el DSM-5, la persona con AN mantiene un peso corporal que se encuentra significativamente por debajo del nivel mínimo normal para su edad y sexo, para conocer si la persona se encuentra en infrapeso se debe calcular el índice de masa corporal (IMC) (Anexo 3). Un IMC igual a 17 indica una delgadez moderada/grave. El miedo intenso a engordar no desaparece cuando se pierde peso, al contrario, dicha preocupación puede aumentar. La distorsión de la imagen corporal hace que muchas de estas personas no sean capaces de notar la delgadez de su cuerpo una vez han perdido peso. Para valorar su peso corporal emplean diferentes técnicas como medir algunas partes del cuerpo obsesivamente, pesarse frecuentemente, etc. Por otro lado, su autoestima depende mucho de cómo perciben su peso y su cuerpo. Cabe destacar que mayoritariamente la persona con este trastorno no pide ayuda voluntariamente, sino que son sus familiares los que lo hacen, en el caso de que sean ellos mismos los que buscan ayuda se debe normalmente al malestar asociado a las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. (APA, 2013) Para la intervención, hay que tener en cuenta la fase (modelo transteórico de Prochaska y Diclemente) en la que se encuentra la paciente.

Tabla 1.

Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992)

FASE	DESCRIPCIÓN
Precontemplación	La persona no considera que tiene un problema. No suele acudir voluntariamente a terapia.
Contemplación	La persona tiene un sentimiento ambivalente, sabe que existe un problema, pero no encuentra motivos para cambiar.
Preparación para la acción	La persona está motivada a cambiar. Si no se consigue que pase a la siguiente fase, retrocederá.
Acción	La persona se implica para conseguir un cambio.
Mantenimiento	El objetivo es mantener el cambio conseguido gracias a la etapa anterior y prevenir recaídas.
Recaída	La persona vuelve al comportamiento que tenía antes del proceso de cambio.

Nota: Modificado de Freeman y Dolan (2001). Revisiting prochaska and DiClemente's stages of change theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(3), 226.

Estudios llevados a cabo como el de Huke, Turk, Saeidi, Kent y Morgan (2013) destacan que las personas con TCA son más propensas a tener un diagnóstico de TEA. Westwood et al. (2015) utilizaron en su estudio el AQ (Autism Spectrum Quotient) para medir rasgos autistas en adultos con AN, llegando a la conclusión de que dichos rasgos existen en adultos con AN.

Por otro lado, las características que comparten el TEA y los TCA son, como indican Nickel et al. (2019) en su estudio, los comportamientos repetitivos y limitados, las dificultades en entender los estados mentales ajenos y la retirada social.

Hay una amplia comorbilidad con TEA y otros trastornos, uno de los trastornos que tiene amplia comorbilidad con TEA es la Anorexia Nerviosa, en la revisión sistemática realizada por Huke et al. (2013) se encontró que existe una prevalencia de casi 23% de TEA en pacientes con AN, un porcentaje bastante elevado. Como afirma García (2020)

“la mayoría de los estudios de comorbilidad se han realizado sobre todo en población adulta, existiendo muchos menos estudios en niños y adolescentes” (p. 65).

Como señalan Baron-Cohen et al. (2013) en su estudio,

es posible que el autismo y la anorexia compartan fenotipos cognitivos y neuronales subyacentes. (...) El hecho de que muchos niños con autismo sean "quisquillosos" y se resistan a comer nuevos alimentos, proporciona otro ímpetu para investigar el enlace entre la anorexia y el autismo, al igual que el hallazgo de que las niñas con Síndrome de Asperger (SA) obtienen puntajes significativamente más altos que los grupos control en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) (p. 2).

En este mismo estudio, se afirma que las chicas con AN presentan elevados rasgos autistas.

Además, García (2020) afirma que cabe la posibilidad de que ambos trastornos compartan algunas características neurológicas. Algunas de estas semejanzas son:

- La Teoría de la Mente, ésta hace referencia a las habilidades que tiene la persona para percibir los estados afectivos de los demás y de uno mismo, así como de interpretar y hacer inferencias en situaciones sociales que ayuden a predecir el comportamiento de los demás. En personas con TEA, al igual que en personas con AN, existen dificultades en las tareas relacionadas con la ToM y en AN se está estudiando la importancia del índice de masa corporal (IMC) en el desempeño en las tareas que evalúan este constructo para averiguar el papel que puede tener el estado de privación de alimentos. Los resultados no son concluyentes todavía. (Nickel et al., 2019, citado por García, 2020)
- La rigidez cognitiva, que hace referencia a las dificultades para utilizar un estilo de pensamiento flexible que facilite alternar entre operaciones, acciones o tareas. Diferentes investigaciones demuestran flexibilidad cognitiva reducida en pacientes con anorexia. (Escobar-Koch, 2012, citado por García, 2020). Esta dificultad se encuentra también en personas con TEA.
- En cuanto a la coherencia central hace referencia a la tendencia a procesar la información focalizando en los detalles en vez de tener una visión amplia de conjunto. Existe evidencia de débil coherencia central en personas con AN. Este tipo de procesamiento podría explicar cómo las pacientes perciben su cuerpo: de forma

hiperfocalizada en aquellas partes que no les gustan de ellas mismas y con una gran dificultad para valorarlo de forma global. Los problemas de coherencia central son más pronunciados en la fase aguda de la enfermedad (Nickel et al., 2019, citado por García, 2020). Estos problemas de coherencia central también se encuentran en personas con TEA.

Gillberg (1983) sugiere que el vínculo entre TEA y TCA puede deberse a la existencia de una vulnerabilidad genética subyacente compartida que al interactuar con factores ambientales puede manifestarse como AN en niñas y TEA en niños durante la infancia.

En estudios como el de Lai et al. (2012), afirman que existen diferencias de comportamiento entre hombres y mujeres con TEA, donde las mujeres muestran menos comportamientos autistas durante la interacción interpersonal, pero a su vez presentan más rasgos autistas y problemas sensoriales.

Las mujeres que no son diagnosticadas o reciben un diagnóstico de TEA tardío durante la infancia, son vulnerables a desarrollar problemas de salud mental secundarios, como la AN. En el caso en el que la AN se manifiesta como extrema rigidez o interés obsesivo en las calorías o el ejercicio, puede dificultar la identificación del TEA. Sin embargo, también existe la posibilidad de que personas sin TEA presenten comportamientos asociados a dicho trastorno cuando se encuentran en la fase aguda de la AN (Westwood y Tchanturia, 2017).

Las personas que presentan estos trastornos de manera comórbida (TEA y AN), tienen peor pronóstico y peor respuesta al tratamiento ya que la rigidez y las dificultades introspectivas que caracterizan el TEA hacen difícil que los programas existentes para trastornos alimentarios den respuesta en estas personas. (Nielsen, Anckarsater, Gillberg, Rastam y Wentz, 2015; Rhind et al., 2014; Tchanturia et al., 2016, citado por García, 2020)

Kinnaird, Norton, Stewart y Tchanturia (2019) afirman que las mujeres que tenían un diagnóstico de AN y TEA que estaban siguiendo un tratamiento específico para su TCA referían haber sentido que sus terapeutas las veían como pacientes difíciles, ociosas, cabezotas y poco cooperativas a causa de su TEA no diagnosticado, lo que hizo que la relación terapéutica no fuese buena, llegando incluso a abandonar el tratamiento. En el caso de la hospitalización, al presentar dificultades sociales, la adaptación era complicada. Además, las personas con problemas sensoriales en torno a su alimentación describieron

haber tenido grandes problemas con los programas de realimentación ya que estos no tenían en cuenta su condición. Las dificultades principales que manifestaban estas pacientes eran: sensibilidad aumentada al sabor, el olor y la textura, aversión a mezclar alimentos, así como que la comida tuviera una temperatura determinada. Asimismo, referían su necesidad de tratamientos más largos, ya que salir de su rigidez y de sus rutinas asociadas al TEA les supone un gran reto.

La terapia cognitivo conductual (TCC) en AN, como indican López, Cara, Moreno y Lozano (2016), incluye la rehabilitación nutricional de la persona además de ocuparse de lo pensamientos y comportamientos disfuncionales. Se afirman que la TCC es eficaz para prevenir recaídas. (Pike, Walsh y Vitousek, 2003 citado por López et al., 2016)

A pesar de que la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal son los tratamientos de elección en AN, recientemente se han desarrollado terapias complementarias a la TCC, entre ellas la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), una terapia que pertenece a la Tercera Generación (Juarasico, Manasse, Schumacher, Espel y Forman, 2016, citado por Marco, Y. Quiles y M.J Quiles, 2018). La aplicación de este tipo de terapia puede ser efectiva en el tratamiento de TCA ya que, en el estudio piloto de Marco, Y. Quiles y M.J Quiles (2018) se demuestra su eficacia ya que produce una mejoría clínica. Se consigue una mejoría en la imagen corporal, en la calidad de vida y mejora en la conciencia emocional.

Otra de las terapias utilizadas es la Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta (TDC RA) es una adaptación de la Terapia Dialéctico Conductual, que se utiliza fundamentalmente para tratar trastornos que se caracterizan por un excesivo control inhibitorio, se trata de un tratamiento ambulatorio intensivo, con una duración de 30 semanas aproximadamente e incluye tanto terapia individual y grupal. Como afirman De la Vega y Montalvo (2020) la TDC RA se trata de una psicoterapia transdiagnóstica porque el exceso de control es un factor común, presente en varios trastornos psicológicos, entre ellos, la Anorexia Nerviosa y los Trastornos de Espectro Autista. Según explican las autoras, esta terapia tiene como objetivo disminuir el exceso de control característico de la AN y el aislamiento social que ocasiona.

En los últimos años, se habla cada vez más de *Mindfulness*, también conocido como atención plena, investigaciones científicas demuestran la efectividad de esta práctica en algunas condiciones psicológicas (Grecucci et al., 2015 citado por Dunne, 2017). Dunne

(2017) afirma que algunos de los síntomas sobre los que se trabaja con Mindfulness (ansiedad, depresión, inflexibilidad) también son característicos de la AN, por lo que esta técnica es potencialmente útil en AN. Se propone un marco en el que la atención plena se dirige a una serie de síntomas asociados al dicho TCA, como la inflexibilidad psicológica, la rigidez mental, el miedo y la no aceptación de emociones y sensaciones. (Marwin et al., 2011 citado por Dunne, 2017).

En cuanto a TEA, como indica la *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista* realizado por Fuentes et al. (2006), se ha encontrado evidencia de que la Terapia Cognitivo Conductual es una opción a considerar para personas con TEA con un nivel alto de funcionamiento. Por otro lado, se encuentran las Psicoterapias Expresivas, entre ellas destacan la musicoterapia o la utilización psicoterapéutica del arte, destacan que, si no hay un beneficio terapéutico evidente, este tipo de terapias deberían aplicarse como actividades lúdicas para algunos pacientes con TEA.

Fuentes et al. (2006) indican que es imprescindible adaptar paralelamente el entorno, para que de esta manera la persona encuentre cuáles son sus condiciones óptimas de desarrollo personal por lo que cuando se habla de TEA es imprescindible hablar de la metodología TEACCH. Como indican Van Bourgondien y Coonrod (2013) el programa TEACCH, está dedicado a atender a personas con trastorno del espectro autista de todas las edades y niveles de habilidad, así como a sus familias. La estrategia primaria de intervención y educación que utiliza este modelo es la enseñanza estructurada, un conjunto de principios de enseñanza y estrategias de intervención que se basa en la comprensión del estilo de aprendizaje y las necesidades únicas de las personas con TEA (Mesibov et al., 2005, citado por Van Bourgondien y Coonrod, 2013).

Como afirman las autoras anteriormente citadas, la enseñanza estructurada no tiene como objetivo final curar el autismo sino ayudar a las personas con TEA a vivir de manera más productiva, gratificante e independiente. La enseñanza estructurada resalta el uso de apoyos visuales y organizacionales por lo que puede adaptarse a todas las edades y niveles de habilidad para abordar los muchos desafíos conductuales y educativos que se asocian al autismo. El modelo TEACCH se encuentra en una evolución constante.

En cuanto al tratamiento de los trastornos de alimentación típicos en personas con TEA, se encuentra la *Guía de Intervención ante los Trastornos de la Alimentación en niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista*, realizada por Baratas, Hernando, Mata y Villalba (2013) de la Federación Autismo Madrid. Esta guía ofrece una base de conocimientos tanto teóricos como prácticos para poder abordar satisfactoriamente los problemas de alimentación que presentan las personas con TEA.

La terapia de remediación cognitiva (TRC) aborda características que comparten tanto AN como TEA (rigidez cognitiva y problemas de coherencia central). En esta terapia se trabajan los procesos cognitivos más que el contenido de los pensamientos. Como afirma García (2020) en su artículo, con la TRC se busca conseguir que la persona reflexione sobre sus propios estilos de pensamiento, cómo éstos le afectan en su vida cotidiana, que reconozca su estilo de pensamiento rígido para poder trabajar sobre las áreas de su vida en que presenta dichos comportamientos rígidos, así como que sea capaz de reconocer su excesiva atención a los detalles y así promover el desarrollo del pensamiento global. Además, señala que este abordaje, al no tratar aspectos directamente relacionados con la comida, el peso y el cuerpo resulta menos amenazante al inicio del tratamiento.

Según Tchanturia, Lloyd y Lang (2013), esta terapia motiva a las pacientes a descubrir cómo piensan y así decidir qué y cómo les gustaría cambiar. Además, en el citado artículo se señala que la TRC fomenta el uso de experimentación intrasiones con diferentes formas de pensar y comportarse.

La TRC consta de diez sesiones individuales, dos veces a la semana con una duración de 45 minutos cada sesión. En las sesiones las pacientes realizan tareas que les ayudan a reflexionar cada vez más sobre los estilos de pensamiento y estrategias que tienen. El deber del terapeuta es fomentar la reflexión sobre cómo estas estrategias se pueden vincular con ejemplos de la vida cotidiana de cada paciente. La TRC contribuye a establecer una relación terapéutica por lo que puede ser utilizada como introducción a un tratamiento psicológico adicional. (Tchanturia, Lounes y Holtum, 2014)

Tchanturia, Larsson y Adamson (2016), mencionan que en la literatura de AN, los autores siempre destacan que es importante un enfoque motivacional en el que se haga uso de preguntas socráticas en las sesiones, pasando de ejercicios experimentales a etapas de reflexión e implementación. Las autoras afirman que en la TRC este enfoque podría modificarse y adaptarse para un grupo de pacientes con AN y TEA, haciendo, por

ejemplo, preguntas más concretas y con más ejemplos para que así las pacientes no tengan que hacer demasiadas conjeturas.

Es común que las personas con TEA puedan presentar trastornos comórbidos por lo que se utilizan psicofármacos, estos psicofármacos pueden ser, según se indica en la Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista:

- Antipsicóticos atípicos. Son los que más se utilizan para el tratamiento de la hiperactividad y conductas problemáticas. La risperidona es actualmente el antipsicótico más eficaz en el tratamiento de la hiperactividad (Fuentes et. al, 2006)
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Son eficaces sobre todo en la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos. Se utilizan para tratar, sobre todo, los trastornos depresivos. No se ha demostrado que tenga efecto en la infancia.

En cuanto al tratamiento farmacológico en personas con AN, Piera (2002) indica que se aplica como tratamiento subyacente al tratamiento psicológico, para tratar los trastornos psicológicos asociados de la enfermedad (depresión, ansiedad, alteración del sueño). El tratamiento complementario con olanzapina ha sido el antipsicótico más estudiado en relación al tratamiento de la AN (Attia, Kaplan, y Walsh, 2011; Dunican, y DelDotto, 2007; Leggero, Masi, y Brunori, 2010; Kafantaris, Leigh, y Hertz, 2011 citado por López et al., 2016). Por otro lado, los antidepresivos más usados complementariamente al tratamiento psicológico son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Muchos pacientes se niegan al tratamiento farmacológica ya que algunos efectos secundarios incluyen el aumento de peso (López et al., 2016)

1.2 Justificación

La AN es un trastorno que está muy presente en la sociedad actual, afectando sobre todo a mujeres jóvenes, aunque el rango de edad se va ampliando cada vez más. Las personas están constantemente expuestas a la crítica social y a la presión de encajar en los estándares de belleza que esta establece. Tras consultar los diferentes estudios citados anteriormente y comprobar que la prevalencia de TEA en personas con AN es de casi el 23%, es importante facilitar un programa de intervención adaptada al perfil cognitivo de estas personas, las cuales presentan déficits en la interacción social, en la flexibilidad cognitiva, la comunicación y el lenguaje.

Tras la revisión de bibliografía, se plantea una propuesta de programa de intervención en chicas con TEA nivel 1 sin déficit intelectual acompañante ni déficit de lenguaje acompañante (el más estudiado en AN), que tengan diagnóstico de AN, dadas las dificultades que existe a la hora de intervenir en la sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en las personas con TEA, y la falta de adecuación de programas y recursos al perfil cognitivo propio de estas personas.

El objetivo general de este TFG es desarrollar un programa de intervención de Anorexia Nerviosa en chicas con un diagnóstico de TEA.

Como objetivos específicos se plantea:

- 1) Determinar la situación actual de las intervenciones de AN para personas con TEA.
- 2) Adaptar la intervención de AN a la necesidad del perfil cognitivo de las personas con TEA.
- 3) Intervenir en los problemas de alimentación.

2. Descripción del programa de intervención

2.1 Ámbito de aplicación

Este programa se ha diseñado para aplicarse en el ámbito clínico ya que trabajar en un ambiente estructurado favorece a la obtención de los objetivos planteados. El contexto clínico facilita el desarrollo del tratamiento gracias a que se da de manera estructurada y controlada. El trabajo de la terapeuta es guiar y ayudar a la paciente a conseguir los objetivos establecidos para su recuperación.

2.2 Objetivos del programa

El objetivo general del programa es reducir los problemas de alimentación de chicas con TEA que presentan sintomatología compatible con AN.

Como objetivos específicos se plantea:

- 1- Estabilizar el peso y reeducación nutricional.
- 2- Aumentar la cantidad y variedad de alimentos.
- 3- Reducir la ansiedad que aparece ante las situaciones relacionadas con la alimentación.
- 4- Modificar la imagen corporal que las chicas perciben de sí mismas.
- 5- Prevenir recaídas.

2.3 Destinatarios o población diana sobre la que se va a aplicar el programa

El presente programa de intervención está dirigido a chicas con diagnóstico de TEA nivel 1 sin déficit cognitivo acompañante ni déficit del lenguaje acompañante, con diagnóstico de AN. Con edad de desarrollo comprendida entre los 13 y 18 años.

Criterios de inclusión:

- Cumplir el perfil descrito anteriormente. Confirmación del diagnóstico de TEA a través de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R). Confirmación de la ausencia de déficit cognitivo a través de escala de inteligencia de Wechsler (WISC-V o WAIS-IV, según corresponda por edad) y de déficit de lenguaje acompañante a través del Test de Vocabulario en Imágenes (Peabody).

- Confirmación del diagnóstico de AN a través del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EAT-40).
- Edad entre 13 y 18 años
- La sintomatología causa un deterioro significativo en la vida de la persona

Criterios de exclusión:

- Ausencia de adherencia al tratamiento, falta de asistencia a las sesiones
- Que exista comorbilidad con otros diagnósticos (de tipo psicopatológico como por ejemplo el TOC o de tipo médico como síndrome de X Frágil, Phelan McDermid, entre otros)
- Necesidad de hospitalización debido a la gravedad de la desnutrición.

2.4 Fases en la elaboración del programa

El programa se compone de un total de 41 sesiones, el número de sesiones de este programa son orientativas, con una duración de 60 minutos cada una, se realizará una sesión a la semana. Las sesiones de la primera fase serán un poco más largas ya que se deben realizar diversos cuestionarios. Cabe destacar que el programa se centra en la intervención con las jóvenes, pero en la segunda fase, al final de cada bloque, se contará con sus familiares y se realizará la intervención con las dos partes. Las sesiones con los familiares están dedicadas a trabajar el vínculo familiar, a que los familiares de la joven expresen sus inquietudes respecto al tratamiento y que se involucren en el mismo, estas sesiones tendrán una duración de 1h 30min.

El programa se divide en 4 grandes fases:

- **Primera fase:** *Evaluación preintervención y psicoeducación.* En estas sesiones las pacientes asistirán con sus familiares. Previo al inicio la joven y su familia deberán firmar el consentimiento informado de participación en el programa.

En estas primeras sesiones se pretende analizar las variables sobre las que se van a intervenir, además de dar información a las familias sobre el contenido del programa y resolver todas las inquietudes y dudas que puedan tener en relación al diagnóstico de su hija. Además, como indica Perpiñá (2015), la psicoeducación ayuda a ajustar los deseos y metas de la persona.

Para confirmar el diagnóstico de TEA se utilizará la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo (ADI-R), para la confirmación de la ausencia de déficit cognitivo se utilizará la escala de inteligencia Wechsler (WISC-V o WAIS-IV, depende de la edad) y para confirmar que no existe déficit de lenguaje acompañante se utilizará el Test de Vocabulario en Imágenes (Peabody).

En cuanto al diagnóstico de AN se confirmará dicho diagnóstico con la realización del Test para la Evaluación de las Actitudes Alimentarias (EAT-40) y para evaluar la insatisfacción corporal se utilizará el Cuestionario de Forma Corporal (BSQ).

- **Segunda fase: Intervención.** Esta fase se centra en la aplicación del programa de intervención, el cual estará adaptado al perfil cognitivo de las usuarias del programa.

En esta segunda fase se utilizarán materiales visuales basados en la metodología TEACCH para facilitar la intervención.

La intervención se divide en diferentes bloques:

Bloque I: Este primer bloque es uno de los más extenso del programa, el número de sesiones es orientativo ya que depende de la conciencia de enfermedad que tenga la paciente. El primer bloque se divide en dos:

- *I.I Motivación al cambio:* En primer lugar, el programa se centra en la motivación al cambio ya que es probable que exista una ambivalencia y/o resistencia al cambio en la joven. El objetivo es conseguir una buena adherencia al programa.
- *I.II Identificar desencadenante de la enfermedad, estabilización del peso y reeducación nutricional.* En esta segunda parte del bloque, las sesiones se centran en identificar el desencadenante de la enfermedad, así como conocer la historia de la paciente y a su vez, con un equipo interdisciplinar, se trabajan las consecuencias físicas que haya podido ocasionar la enfermedad. Una vez estabilizado el peso, se procede a realizar una reeducación nutricional, tanto con la joven como con los padres. Con esta reeducación nutricional se pretende conseguir, por un lado, que los miembros de la familia sean capaces de adoptar un plan nutricional adecuado a las necesidades de su hija mientras que, por otro lado, la joven aprenda que no existen alimentos buenos ni malos, así como la importancia de tener una buena alimentación. Cabe destacar la importancia de contar con un nutricionista que supervisará en todo momento lo relacionado con la alimentación.

Bloque II: Autoestima, autoconcepto y autocuidado. En este bloque se quiere conseguir favorecer la satisfacción que la joven tiene consigo misma. Además de hacer hincapié en el autocuidado.

Bloque III: Trabajar flexibilidad cognitiva y conciencia emocional. En este bloque, en primer lugar, se trabajará la inflexibilidad y rigidez cognitiva, identificando las distorsiones cognitivas para dar paso a la reestructuración cognitiva. Por último, se pretende que la joven aprenda a identificar sus emociones y hacerle ver que no es malo exteriorizarlas, que puede permitirse sentir tanto cosas negativas como positivas y no sentir vergüenza por ello.

Bloque IV: Imagen corporal. Este bloque es uno de los más importantes en la intervención, con las sesiones dedicadas a este bloque se pretende conseguir que la joven tenga una percepción real y clara de su cuerpo, es decir, modificar la imagen corporal que la joven tiene sobre si misma hacia una imagen ajustada a la realidad, trabajando las distorsiones corporales características de la enfermedad. En este bloque será la joven la que, cuando esté preparada, acordará con la terapeuta la realización de las actividades diseñadas, ya que realizarlas cuando la paciente no está preparada puede provocar ansiedad y un retroceso en lo conseguido hasta el momento.

Bloque V: Prevención de recaídas. Por último, este bloque se centra en asentar los cambios conseguidos hasta la fecha para así prevenir recaídas. Las visitas serán quincenales.

- **Tercera fase:** *Postevaluación del programa.* En esta fase se evaluará la evolución de los aspectos trabajados con la administración del EAT-40 y el BSQ (administrados en la fase 1).

- **Cuarta fase:** *Evaluación de seguimiento.* Esta última fase se llevará a cabo una vez pasado un mes de la finalización de las intervenciones. Esta evaluación se repetirá a los tres meses de la última evaluación y, por último, si no ha habido ninguna recaída, se realizará una última evaluación pasados seis meses desde la última evaluación.

2.5 Descripción del programa

Las sesiones tendrán un formato individual y el número de sesiones (41) será orientativo. Para las sesiones se hará uso de materiales visuales que garanticen el buen aprovechamiento del programa. Se evitará realizar preguntas o comentarios ambiguos para evitar que las pacientes tengan que hacer conjeturas.

En primer lugar, las sesiones empezarán preguntándole a la joven acerca de cómo ha ido la semana, cómo se ha sentido y si tiene algo de lo que le gustaría hablar. Una vez resueltas las cuestiones anteriores empezarán las actividades correspondientes del programa.

Por otro lado, las sesiones diseñadas para que los padres entren en sesión, seguirán el mismo formato y contarán con la participación activa de la joven.

A continuación, se desarrollan las sesiones del programa:

FASE 1: EVALUACIÓN PREINTERVENCIÓN Y PSICOEDUCACIÓN
--

SESIÓN 0: Entrevista inicial con los padres.

Objetivos: Recoger información del caso.

Descripción: Se pretende recoger la mayor cantidad de información sobre la futura paciente y su caso para así poder adaptar la intervención a su perfil.

En esta primera sesión, los padres tendrán que firmar el consentimiento informado de participación en el programa

SESIÓN 1: Primer contacto con la joven.

Objetivos: Realizar una entrevista inicial con la joven para conocer su estado actual y comprobar como de receptiva se encuentra a la intervención. Crear un vínculo adecuado para la intervención.

Descripción: Esta primera sesión se dividirá en dos partes, la primera parte tendrá una duración de 60 minutos y será solo con la joven. La segunda parte de la sesión tendrá una duración de 30 minutos y pasarán los familiares acompañando a la joven.

La sesión comenzará con una breve presentación de la terapeuta a la joven, explicándole

su función como psicóloga y aclarando todas las dudas que pueda manifestar. Una vez hecha la presentación, la terapeuta hablará con la joven sobre ella y el por qué cree que está allí, además de preparar a la chica para la futura intervención.

SESIÓN 2: Evaluación.

Objetivos: Realizar la evaluación inicial, con el fin de confirmar el diagnóstico de TEA y AN y trazar un perfil de fortalezas y debilidades de la joven.

Descripción: En esta sesión se procederá a explicar los cuestionarios y pruebas estandarizadas que se realizarán.

Una vez explicado todo, se procederá a realizar la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo (ADI-R), para confirmar el diagnóstico de autismo. Esta entrevista se lleva a cabo con los padres. Por otro lado, la joven realizará la Escala de inteligencia de Wechsler adecuada a su edad (WISC-V o WAIS-IV) para la confirmación de la ausencia de déficit cognitivo (Anexo 4) y para evaluar el desarrollo del lenguaje se utilizará el Test de Vocabulario en Imágenes (Peabody).

Posteriormente se procederá a evaluar el trastorno alimentario de la joven con la realización del Test para la Evaluación de las Actitudes Alimentarias (EAT-40) (Anexo 5) y el Cuestionario de Forma corporal (BSQ). (Anexo 6)

Todo esto se volverá a evaluar en la tercera fase del programa.

SESIÓN 3: Devolución de la información recogida y psicoeducación.

Objetivos: Comentar los resultados obtenidos en la evaluación. Trazar los objetivos de intervención de manera conjunta con la joven y la familia.

Descripción: En esta sesión se hará la devolución de la información recogida en la sesión anterior tanto a los padres como a la joven. Para la devolución de los resultados a la joven se hará uso de información visual (esquemas, un breve resumen) utilizando un discurso directo y del que no tenga que realizar inferencias, un lenguaje concreto y claro.

Una vez realizada la devolución de información se procederá a establecer unos objetivos reales con la familia y la joven. Con ella, los objetivos se pueden escribir a modo de contrato de conducta o bien elaborar un esquema o diagrama.

Además, se les dará toda la información del programa y se resolverán las dudas que puedan tener.

Esta sesión contaría con una segunda parte, en la que se llevará a cabo una psicoeducación donde la terapeuta les explicará las características propias de la AN en personas con TEA y resolverá todas las dudas que puedan presentar.

FASE 2:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

BLOQUE I.I: MOTIVACIÓN AL CAMBIO

SESIÓN 4-6:

Objetivos: Identificar la fase de cambio en la que se encuentra la joven y generar conciencia de enfermedad en la joven con el fin de evitar el abandono del tratamiento.

Descripción: Al inicio del programa es probable que la joven llegue en fase contemplativa o preparación para la acción, pero con cierta ambivalencia y resistencia al cambio. Estas sesiones son imprescindibles para poder avanzar en el programa, ya que trabajando la motivación al cambio podemos conseguir mayor adherencia al tratamiento y esto nos abre el camino para poder empezar la intervención.

Actividades:

1. “¿Qué es la Anorexia Nerviosa?”: Se realizará una psicoeducación con el fin de que la joven conozca y entienda la enfermedad y así generar conciencia de enfermedad. (Anexo 7)
2. “Balanza de decisiones”: La joven deberá escribir lo que le gusta de la enfermedad y lo que no le gusta utilizando el *Anexo 8*.
3. “Lo que la enfermedad me impide”: La joven deberá hablar de los objetivos vitales que tiene, a largo plazo, y la terapeuta le hará ver que esas metas (algunas) son incompatibles con la enfermedad.

BLOQUE I.II: IDENTIFICAR DESENCADENANTE DE LA ENFERMEDAD, ESTABILIZACIÓN DEL PESO Y REEDUCACIÓN NUTRICIONAL.

SESIÓN 7-11:

Objetivos: Encontrar los predisponentes y desencadenantes de la enfermedad, intervenir en las consecuencias psicológicas que haya podido tener en la paciente y realizar una reeducación nutricional.

Descripción: Encontrar los predisponentes y desencadenantes de la enfermedad puede llevar tiempo, depende de la paciente, por lo que este primer bloque no tiene una duración específica. Se explicará a la joven el modelo de etiopatogenia (anexo 9) para que pueda entender los motivos que le han llevado a enfermar, así como la función que cumple en su vida en ese momento. Además, paralelamente a las sesiones con la terapeuta, la joven estará bajo la supervisión de un nutricionista, el cual se encargará de estabilizar su peso y trabajará con ella todo el tema nutricional. El menú para la semana que se realizará en sesión todas las semanas es imprescindible que, una vez hecho, se lo presente al nutricionista. Cabe destacar la importancia del nutricionista a lo largo del tratamiento, el cual hará los cambios y reajustes necesarios en la alimentación. Se pasará al siguiente bloque una vez se han cumplido los objetivos establecidos.

Actividades:

1. “¿Quién soy?”: Ficha. (Anexo 10)
2. “Mi familia y yo”: En esta actividad, la terapeuta hará un genograma. Durante la realización del mismo, la joven describirá uno a uno cada miembro de su familia (dentro de su unidad familiar) y la relación que tiene con ellos.
3. “Somos como un coche”: Metáfora que sirve para ver lo importante que es comer. Se explicará de manera visual. (Anexo 11)
4. “El iceberg de la enfermedad”: La terapeuta dibujará un iceberg en un folio, y con la ayuda de la joven deberá escribir características de “la parte visible” de la enfermedad, y de “la parte que nadie ve” de la misma. (Anexo 12)
5. “¿Qué comemos esta semana?”: Se realizará un menú para la semana, en el cual se acordará con la joven los alimentos que debe incluir. Se realizará al final de cada sesión y la semana siguiente se revisará si se ha cumplido el plan nutricional acordado. (Anexo 13)

SESIÓN 12:

Objetivos: El objetivo de esta sesión es mejorar la capacidad que tiene la familia para apoyar a la joven y apoyarse entre ellos, para así fortalecer el vínculo familiar.

Descripción: En esta sesión se trabajarán los distintos estilos de afrontamiento emocional de la familia ya que estos están considerados como factores mantenedores de la enfermedad. Al inicio de la sesión entrará solo la joven, se le preguntará por el transcurso de la semana y si ha habido algún incidente se comentará. En la segunda parte de la sesión

entrarán los padres y se hablará de cómo ven a la joven y sobre las cosas que les preocupan, además se les darán algunas pautas. Una vez se ha entrevistado a las dos partes por separado, se procederá a trabajar con ambas partes las actividades propuestas.

Actividades:

1. “¿Cómo afronto la situación?”: Con peluches que representen los diferentes animales del estilo de afrontamiento (medusa, avestruz, San Bernardo, canguro, delfín y rinoceronte) se realizará una descripción de cada tipo de afrontamiento y cómo esta influye en el TCA, se les pedirá a los familiares que se identifiquen con uno de ellos, se les explicará cual es el tipo ideal y se les dará estrategias para alcanzarlo. La joven dará su opinión y se tendrá en cuenta su punto de vista. (Anexo 14)
2. “Lista de normas”: Se realizará una lista de normas que deberán cumplir los miembros de la familia, estas normas estarán, sobre todo, relacionadas el TCA. (Anexo 15)

BOLQUE II: AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y AUTOCUIDADO

SESIÓN 13-15:

Objetivos: Dotar a la joven de estrategias de autocuidado.

Descripción: Aprender técnicas de autocuidado es imprescindible para poder iniciar el trabajo en autoestima. En estas sesiones se pretende que la joven aprenda a escuchar e identificar sus necesidades, se utilizará la Pirámide de Maslow. Además, el autocuidado pasa por conseguir una correcta alimentación y conseguir un correcto descanso (necesidades fisiológicas).

Actividades:

1. “Lo que necesito”: Utilizando el *anexo 16* se hablará de las necesidades básicas de las personas y que podemos hacer para abastecerlas. Se hará hincapié en los hábitos de sueño.
2. “Mindfulness. Ejercicio de Escáner Corporal”: Se realizará un ejercicio de mindfulness en el que la joven deberá ponerse en la posición que le resulte más cómoda mientras se hace un repaso de todo el cuerpo. Previamente se le explicará con material visual lo que tiene que hacer. (Anexo 17) Al finalizar se comentarán las sensaciones de la joven.

SESIÓN 16-18:

Objetivos: Favorecer la satisfacción que tiene la joven consigo misma.

Descripción: En esta sesión se trabajarán los conceptos de autoestima y autoconcepto, la diferencia que hay entre ambos conceptos y cómo podemos mejorarlos. También se trabajará la aceptación del diagnóstico.

Actividades:

1. “¿Cómo me veo?, ¿cómo me siento?”: Esta actividad se plantea como estrategia para aprender a diferenciar ambos conceptos. Se explicará qué es el autoconcepto y qué es la autoestima y como se relacionan. (Anexo 18)
2. “Mis fortalezas”: Realizar la ficha del *anexo 19* en la que en la primera columna deberá recoger elogios que otras personas le hayan hecho a lo largo de su vida, en la segunda columna deberá escribir las fortalezas que ella considera que tiene y, por último, en la tercera columna, escribirá las cosas que hacen que se sienta orgullosa de sí misma. Una vez realizada la ficha, hará las preguntas pertinentes (Anexo 19)
3. “Hablando conmigo misma”: Delante de un espejo la joven deberá decirse cosas buenas y destacar lo que más le gusta de su imagen.

SESIÓN 19:

Objetivos: El objetivo de esta sesión es mejorar la capacidad que tiene la familia para apoyar a la joven y apoyarse entre ellos, para así fortalecer el vínculo familiar.

Descripción: Al inicio de la sesión entrará solo la joven, se le preguntará por el transcurso de la semana y si ha habido algún incidente se comentará. En la segunda parte de la sesión entrarán los padres y se hablará de cómo ven a la joven y sobre las cosas que les preocupan. Una vez se ha entrevistado a las dos partes por separado, se procederá a trabajar con ambas partes. Las actividades estarán relacionadas con el tema del bloque.

Actividades:

1. “Me escucho, te escucho”: La familia hablará sobre las cosas que les preocupan escuchando las necesidades de cada parte mientras la terapeuta hace de mediadora. Se resolverán posibles conflictos que hayan podido surgir. Esta actividad se repetirá en todas las sesiones familiares. (Anexo 20)

2. “Recuerdas aquel día en el que...”: Por turnos, los miembros de la familia deberán decir alguna cosa positiva de cada miembro de la familia, sin incluirse a sí mismo, que recuerden y explicar por qué les gustó.
 - **Ejemplo:** Recuerdo aquel día en el que (explicar lo que hizo) me gustó porque (explicar por qué le gustó)
 3. Tarea para casa: Apuntar todas las cosas que sucedan día a día y que les gustaría destacar de los miembros de la familia (acciones, comentarios, logros). (Anexo 21) y, cada 15 días, acordarán un día y una hora en la que deberán compartir lo escrito.
-

BLOQUE III: FLEXIBILIDAD COGNITIVA Y GESTIÓN EMOCIONAL

SESION 20:

Objetivos: Identificar las áreas en las que la joven muestra mayor rigidez, así como posibles rituales que le ayuden a sentir seguridad, para así, en futuras sesiones, poder trabajar en un pensamiento más flexible.

Descripción: En primer lugar, se hará una explicación teórica de la flexibilidad cognitiva y la rigidez mental haciendo uso de ejemplos, relacionándolos con las vivencias de la joven. Es importante que la joven comprenda que hay varias y diferentes formas de hacer las cosas y que no pasa nada si no se hacen siempre exactamente igual.

Actividades:

1. “Tarea de ilusión”: Esta actividad es utilizada en la TRC, en la que se le presentará diversas imágenes a la joven, y deberá describir lo que ve. Estas son imágenes compuestas por una imagen grande, general (se ve a simple vista) y otras imágenes que son más difíciles de ver. Si no puede identificar más imágenes, se le ofrecerá ayuda. (Anexo 22)
-

SESIÓN 21-22:

Objetivos: El objetivo de estas sesiones es identificar y controlar las distorsiones cognitivas desencadenadas por la inflexibilidad y rigidez mental. Así como educar en el pensamiento flexible.

Descripción: En estas sesiones se realizará una reestructuración cognitiva en la que, una vez identificadas las distorsiones cognitivas que presenta la joven, se cuestionará y pondrá

a prueba las falsas creencias de la joven, se explicará el modelo A-B-C. Indirectamente al trabajar la flexibilidad, se trabajará contra el perfeccionismo.

Actividades:

1. “Modelo A-B-C”. Con el fin de realizar una reestructuración cognitiva, se le pondrán diferentes situaciones, siguiendo el modelo A-B-C, en el que la joven podrá identificar la acción que activa los pensamientos y las consecuencias que tiene dicho activador, tanto conductuales como emocionales.
 2. “Tarea de estimación”: Esta es una actividad utilizada en la TRC en la que se pretende conseguir en la joven un pensamiento continuo en lugar de dicotómico, que sea capaz de aceptar el término “suficiente” en vez de “perfecto”. En el Anexo se encuentran tanto las instrucciones de la actividad como la guía de preguntas que debe realizar la terapeuta al finalizar la tarea. (Anexo 23)
-

SESION 23:

Objetivos: El objetivo de esta sesión es dar estrategias a la joven para que pueda ser capaz de reconocer y exteriorizar sus emociones.

Descripción: En primer lugar, se hará una breve psicoeducación sobre las emociones y la importante que es reconocerlas y expresarlas (anexo 24), es común que estas pacientes presenten “alexitimia” en un intento de controlar sus estados emocionales. Es importante que la joven entienda que no es bueno reprimirlas, que las personas debemos permitirnos sentir. También es importante que sepa identificar el motivo detrás de esa emoción. Una vez se ha hablado acerca de cómo se siente la joven se procederá a realizar las actividades propuestas.

Actividades:

1. “Termómetro de las emociones”: Anexo 25.
 2. “Tarjetas Konekta”: Para trabajar las emociones de una manera dinámica, se utilizarán las cartas Konekta, en la que hay cartas de “sentimientos” y “necesidades” y se proponen diversos juegos. Hacer el que se considere más apropiado para la joven. (Anexo 26)
-

SESIÓN 24:

Objetivos: El objetivo de esta sesión es mejorar la capacidad que tiene la familia para apoyar a la joven y apoyarse entre ellos, para así fortalecer el vínculo familiar.

Descripción: Al inicio de la sesión entrará solo la joven, se le preguntará por el transcurso de la semana y si ha habido algún incidente se comentará. En la segunda parte de la sesión entrarán los padres y se hablará de cómo ven a la joven y sobre las cosas que les preocupan. Una vez se ha entrevistado a las dos partes por separado, se procederá a trabajar con ambas partes. Las actividades estarán relacionadas con el tema del bloque.

Actividades:

1. “Me escucho, te escucho”: La familia hablará sobre las cosas que les preocupan escuchando las necesidades de cada parte mientras la terapeuta hace de mediadora. Se resolverán posibles conflictos que hayan podido surgir.
 2. “El juego de las emociones”: En trozos de papel se escribirán diferentes emociones y se meterán en un bote de cristal. Por turnos, irán sacando un papel y deberán realizar una acción o comentar algo que les produzca esa emoción. (Anexo 27)
 3. “El sándwich”. Tarea para casa: Cada vez que tengan que decir alguna cosa que no sea positiva (una crítica), primero deberán decir una cualidad o virtud positiva de la persona, a continuación, decir la crítica y finalizar con algo positivo para reforzar. Se pondrá un ejemplo en sesión. (Anexo 28)
-

BLOQUE IV: IMAGEN CORPORAL

SESIÓN 25:

Objetivos: Favorecer la conciencia de la joven sobre sus pensamientos negativos respecto a su Imagen Corporal.

Descripción: En esta sesión se trabajará la “Docena sucia de la Imagen Corporal” utilizando material visual para facilitar la comprensión y que sea más dinámico. Se preparará a la joven para empezar la exposición en imaginación en la próxima sesión.

Actividades:

1. “La docena sucia de la Imagen Corporal”: Esta actividad consiste en hablar sobre la docena sucia y dar estrategias a la joven para que aprenda a identificarlas. Se expondrán diferentes situaciones en las que aparezca cada uno de los

pensamientos que forman parte la docena sucia y la joven tendrá que identificarlas y proponer, junto a la terapeuta, una alternativa a ese pensamiento.

2. “Registro de pensamiento”: Se realizará un registro de pensamientos, en el que la joven deberá apuntar los pensamientos que identifique, relacionados con su propio cuerpo. Este registro tendrá que rellenarlo durante toda la semana hasta la próxima sesión. (Anexo 29)
 3. Semáforo de exposición: Jerarquía de exposición en imaginación. (Anexo 30)
-

SESIÓN 26:

Objetivos: Identificar y eliminar los rituales conductuales realizados por la joven y realizar una exposición en imaginación.

Descripción: Esta sesión se centra en los rituales conductuales propios de la enfermedad ya que son mantenedores del TCA. Además, la sesión está dedicada a ayudar a la joven a exponerse a las situaciones temidas (in vivo), de manera gradual, realizando una jerarquía de exposición.

Actividades:

1. “¿Cómo me trato?”: Con esta actividad se pretende identificar todos los rituales llevados a cabo por la joven. (Anexo 31)
 2. Exposición en imaginación.
 3. “Semáforo de exposición”. Jerarquía de exposición in vivo.
 4. Exposición in vivo: tarea para casa.
-

SESIÓN 27:

Objetivos: Realizar una psicoeducación sobre la imagen corporal.

Descripción: En esta sesión se pretende conseguir que la joven aprenda qué es la imagen corporal y cómo influye en el desarrollo de la enfermedad. Al inicio de la sesión se recogerá información sobre cómo se ha sentido la joven al realizar la exposición in vivo durante la semana y se trabajará sobre ello.

Actividades:

1. “¿Qué es la Imagen Corporal?”: (anexo 32)
2. “¿Cómo soy?”: La joven realizará una carta en la que escribirá cómo se ve a sí misma en ese momento y qué siente al verse de esa forma. Esta carta se guardará para leerla en la última sesión del bloque.

3. “Semáforo de exposición”. Jerarquía de exposición in vivo.
 4. Tarea para casa: exposición in vivo.
-

SESIÓN 28-30:

Objetivos: Realizar una psicoeducación sobre “el yo rechazado”, trabajar en la distorsión de la imagen corporal y comprobar el grado de insatisfacción que la joven tiene consigo misma.

Descripción: Para empezar esta sesión es imprescindible que la joven esté estable, ya que trabajar demasiado pronto con “el yo rechazado” puede provocar un retroceso en lo conseguido hasta el momento, provocando un bloqueo en el tratamiento. En estas sesiones se realizará una psicoeducación y se recogerá toda la información sobre “el yo rechazado” pidiéndole a la joven que piense la parte de ella que le produce rechazo. Las tres sesiones están dedicadas a trabajar el “yo rechazado”, se tratarán situaciones dolorosas que haya sufrido la joven. En una parte de la segunda sesión se realizará “el dibujo de mi silueta”, controlando la ansiedad que pueda ocasionarle a la joven, y se comentará como se ha sentido con el dibujo. También se recogerá y trabajará sobre cómo se ha sentido en la exposición in vivo durante la semana.

Actividades:

1. “El termómetro de la insatisfacción corporal”: Con la ayuda del *anexo 33* la joven deberá señalar las partes de su cuerpo que le producen menos malestar y las que más (de menos a más). Una vez finalizado se comentará el resultado.
 2. “Semáforo de exposición”. Jerarquía de exposición in vivo.
 3. “El dibujo de mi silueta”: En una hoja grande la joven debe dibujar su silueta según como la percibe ella, posteriormente la terapeuta trazará su silueta real.
 4. Tarea para casa: exposición in vivo.
-

SESIÓN 31:

Objetivos: Interiorizar lo conseguido en las sesiones anteriores.

Descripción: Esta sesión está dedicada a asentar todo lo conseguido en las sesiones anteriores de este bloque, será una sesión basada, sobre todo, en el diálogo. Se volverá a realizar “el dibujo de mi silueta” y se comentará el resultado, comparándolo con el dibujo realizado en la sesión 29. Por último, se leerá la carta realizada en la sesión 27.

Actividades:

1. “El dibujo de mi silueta”: En una hoja grande la joven debe dibujar su silueta según como la percibe ella, posteriormente la terapeuta trazará su silueta real.
 2. “Lo conseguí”: Esta actividad consiste en que la joven mire en retrospectiva, cómo estaba la primera vez que llegó a consulta y cómo está ahora, cómo ha cambiado su vida y cómo se siente al respecto. (Anexo 34)
-

SESIÓN 32:

Objetivos: El objetivo de esta sesión es mejorar la capacidad que tiene la familia para apoyar a la joven y apoyarse entre ellos, para así fortalecer el vínculo familiar.

Descripción: Al inicio de la sesión entrará solo la joven, se le preguntará por el transcurso de la semana y si ha habido algún incidente se comentará. En la segunda parte de la sesión entrarán los padres y se hablará de cómo ven a la joven y sobre las cosas que les preocupan. Una vez se ha entrevistado a las dos partes por separado, se procederá a trabajar con ambas partes. Al ser la última sesión familiar (sin contar la fase de seguimiento) será una sesión basada fundamentalmente en el diálogo y en resolver posibles dudas que puedan provocar algo de ansiedad en la familia a consecuencia del fin del tratamiento y a tener que enfrentarse solos al futuro.

Actividades:

1. “Me escucho, te escucho”: La familia hablará sobre las cosas que les preocupan escuchando las necesidades de cada parte mientras la terapeuta hace de mediadora. Se resolverán posibles conflictos que hayan podido surgir.
-

BLOQUE V: PREVENCIÓN DE RECAIDAS**SESION 33-35 (quincenales):**

Objetivos: Revisar los objetivos que se han conseguido gracias al tratamiento, revisar las áreas de vulnerabilidad, así como factores protectores y darle estrategias para que pueda afrontarlas y establecer un plan de seguimiento.

Descripción: Estas sesiones están dedicadas a identificar posibles señales que nos avisen de que algo está pasando en la vida de la joven y que se tiene que atender para evitar una recaída. En estas sesiones se le enseñará a la joven a detectar estos avisos. Se revisarán

los objetivos que se han conseguido a lo largo del programa ya que a veces la joven puede sentir que no ha avanzado nada. Además, se trabajará la adaptación al ciclo vital ya que los cambios en el mismo les genera mucho miedo y ansiedad, lo que suele provocar recaídas ya que esto puede hacer que aumenten el control sobre la comida. Estas sesiones se centrarán sobre todo en el diálogo con la joven.

Actividades:

1. “Todo lo que he conseguido”: En una hoja se dibujará una línea, que simulará el camino realizado de la joven, la cual no será recta ya que la recuperación no es un proceso lineal. En el dibujo se apuntarán los logros alcanzados a lo largo del camino. Esto ayudará a la joven a ver de manera visual lo que ha conseguido en todo este tiempo.
2. “Mi mochila”: Deben dibujar o escribir todo lo que han aprendido durante el programa para que, una vez finalizado el programa, puedan recordarlo y ayudarse de ello. (Anexo 35)
3. “Carta de perdón al cuerpo”.

<p style="text-align: center;">FASE 3</p> <p style="text-align: center;">POSTEVALUACIÓN DEL PROGRAMA</p>
--

SESIÓN 36-37:

Objetivos: Reevaluar la sintomatología de AN tras la finalización del programa.

Descripción: En esta sesión se cumplimentarán el EAT-40 y el BSQ, realizados en la primera fase del programa, para comprobar si ha habido cambios una vez la intervención ha finalizado.

Los resultados de los cuestionarios se les comunicará en otra sesión para que se puedan comentar los resultados obtenidos con el programa, así como la evolución de la joven.

FASE 4

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO

SESIÓN 38-40:

Objetivos: Esta sesión tiene como objetivo comprobar si los resultados obtenidos una vez finalizado el programa se han mantenido con el tiempo.

Esta sesión se realizará un mes después de haber finalizado el programa, una segunda sesión tendrá lugar después de tres meses y, por último, si no ha habido ninguna recaída, pasados seis meses.

2.6 Calendario de actividades

El programa de intervención cuenta con 41 sesiones, pensadas para realizarse una vez a la semana a la misma hora.

El día elegido para realizar las sesiones serán los viernes por la tarde, después de clases, ya que tanto las jóvenes como los padres pueden tener mayor disponibilidad. No obstante, si algún día de sesión cae en festivo, se trasladará la sesión al próximo viernes.

OCTUBRE 2020						
L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE 2020						
L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DICIEMBRE 2020						
L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ENERO 2021						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO 2021

L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

ABRIL 2021

L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

JUNIO 2021

L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

AGOSTO 2021

L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

MARZO 2021

L	M	X	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

MAYO 2021

L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

JULIO 2021






L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

SEPTIEMBRE 2021

L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE 2021						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JUNIO 2022						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

	FESTIVO		BLOQUE I.II		BLOQUE IV		SEGUIMIENTO
	EVALUACIÓN		BLOQUE II		BLOQUE V		SESIÓN FAMILIAR
	BLOQUE I.I		BLOQUE III		POSTEVALUACIÓN		

2.7 Delimitación de recursos

Los recursos necesarios para llevar a cabo este programa de intervención son fundamentalmente personales y materiales.

En cuanto a los recursos personales, se contará con un equipo multidisciplinar, en el que se incluyen nutricionistas, psiquiatras, médicos, y psicólogos especializados.

Por otro lado, los recursos materiales pueden dividirse en:

1. Recursos inmobiliarios:
 - a) Sala equipada
 - b) Espejo grande
2. Recursos de papelería:
 - a) Folios
 - b) Bolígrafos, lápices de colores...
 - c) Rollo de papel continuo
3. Otros:
 - a) Bote de cristal
 - b) Peluches de animales
 - c) Cartas Konekta fácil

2.8 Análisis de su viabilidad

Este programa de intervención es bastante viable para llevarlo a la práctica, ya que los materiales necesarios para llevar a cabo el programa no requieren de un gran gasto económico. Esto hace que el programa sea más asequible para los familiares de la joven y se le pueda brindar la ayuda necesaria para tratar su TCA.

Uno de los puntos a favor con los que cuenta este programa es que en la intervención se incluye tanto a la paciente como a la familia por lo que existe mayor probabilidad de adherencia al tratamiento y menor riesgo de abandono de la paciente antes de haber finalizado el tratamiento.

Además, en un futuro cabría la posibilidad de incluir el programa específico de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos del Espectro Autista en las Unidades de Salud Mental Infantil y Adolescente (USMIA) que intervienen y realizan seguimiento de estas personas.

2.9 Evaluación: Instrumentos de evaluación continua y final.

La evaluación se realizará pre-post intervención, para así comprobar el efecto de la intervención en la joven. En la fase 1 del programa se realizará la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisado (ADI-R) (Rutter, Le Couteur y Lord, 2006) para la confirmación del diagnóstico de TEA. Es una entrevista semiestructurada que se realiza a la familia de la persona con Autismo cuya edad mental es mayor a 2 años. Este instrumento, a través de preguntas, explora tres áreas fundamentales del TEA. Se utiliza para evaluar la interacción social, los patrones de comportamiento e intereses de la persona con TEA y la comunicación. Si el individuo presenta muchas dificultades la puntuación que se obtiene es más alta.

Para descartar la presencia de déficit cognitivo en las jóvenes de entre 13 y 16 años se utilizará la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-V) (Wechsler, 2014 adaptado a población española por Hernández, Aguilar, Paradell y Vallar, 2015). Con esta escala se obtienen los índices primarios de inteligencia, estos reflejan el funcionamiento intelectual en distintas áreas cognitivas (comprensión verbal, visoespacial, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y razonamiento fluido) y el CI total (puntuación

general). El WISC-V engloba diferentes manifestaciones de la inteligencia por lo que, una de sus fortalezas principales es que, atiende a la manifestación multidimensional de esta. La adaptación española de este cuestionario consta de 15 pruebas en total, estas se organizan en tres niveles de interpretación: escala total o CI, índices primarios (comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo) y los índices secundarios (razonamiento cuantitativo, memoria de trabajo auditiva, No verbal, capacidad general y competencia cognitiva). La consistencia interna del WISC-V es alta.

Por otro lado, para evaluar las aptitudes cognitivas de las jóvenes de entre 16 y 18 años, se utilizará la escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-IV) (Wechsler, 2008 adaptado a población española por de la Guía, Hernández, Paradell y Vallar, 2012). Está indicado para personas de entre 16 y 89 años. Las puntuaciones obtenidas con esta escala reflejan el funcionamiento intelectual de la persona en cuatro áreas cognitivas (razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y comprensión verbal) y una puntuación compuesta que representa el CI total. Al igual que el WISC-V, consta de 15 pruebas en total. Los coeficientes de fiabilidad de esta escala son muy buenos (de .81 a .94)

Para evaluar el desarrollo del lenguaje, se utilizará el Test de Vocabulario en Imágenes (PPVT-III) (Dunn y Dunn, 1997 adaptado a población española por Arribas, 2006). El PPVT-III consiste en una adaptación del Peabody Picture Vocabulary Test-Revised, con la diferencia de que el PPVT-III no establece ninguna correlación con el coeficiente de inteligencia. Este test sirve para detectar dificultades en el lenguaje y para evaluar la aptitud verbal y el vocabulario. Se aplica de manera individual, con un tiempo de aplicación de entre 10 y 20 minutos. Se compone por 192 láminas precedidas por 5 ítems de práctica, cada lámina cuenta con 4 ilustraciones sencillas en blanco y negro, organizadas en forma de selección múltiple. La edad de aplicación va desde los 2 años y medio hasta los 90 años.

Para la evaluación de del TCA se utilizará el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979 adaptado a población española por Castro, Toro, Salmero y Guimera, 1989). Este cuestionario consta de 40 ítems agrupados en siete factores (preocupación por la comida; imagen corporal con tendencia a la delgadez; uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; restricción alimentaria; comer lentamente;

comer clandestinamente y; presión social percibida para aumentar peso). La puntuación total del test permite identificar pacientes con TCA. En cuanto a la fiabilidad, en población con AN se ha obtenido un coeficiente alfa de .79 y en población no clínica un coeficiente alfa de .094.

Por otro lado, para evaluar la insatisfacción corporal se utilizará el Cuestionario de la figura corporal (BSQ) (Cooper y Taylor, Cooper y Fairburn, 1987 adaptado a población española por Raich et al., 1996). Consta de 34 ítems en total que evalúan cuatro subescalas: insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso. El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Se considerará patología si se obtiene una puntuación superior a 105 al final de la prueba. Cuanto más diste la puntuación obtenida de 105, mayor será la distorsión que tiene de su figura corporal. Tiene una buena consistencia interna con coeficientes alfa entre .95 y .97.

Los instrumentos utilizados para evaluar tanto el TCA como Imagen Corporal, se volverán a administrar en la cuarta fase del programa para comprobar si el programa ha cumplido sus objetivos.

3. Conclusiones

Las personas con TEA presentan diversas dificultades, tanto en la interacción social como en la comunicación (verbal y no verbal) además de presentar patrones estereotipados de intereses y conductas ritualizadas, a causa de la inflexibilidad cognitiva característica de este diagnóstico (APA, 2013). Existe una amplia comorbilidad del TEA con otros trastornos, tales como los trastornos de la conducta alimentaria. Desde hace un tiempo se está estudiando la relación entre AN y TEA debido a que presentan algunas similitudes cognitivas y sobre todo comportamentales, estudios hablan de una prevalencia de ambos trastornos de casi el 23% (Huke et al., 2013). El diagnóstico tardío de TEA en las mujeres hace que estas sean vulnerables a desarrollar problemas de salud mental secundarios, como la AN. (Westwood y Tchanturia, 2017). Todo esto repercute considerablemente en la calidad de vida de la persona enferma, ya que no tener un diagnóstico completo con el que pueda entender lo que le está pasando y por qué, puede generarle angustia y hacerle sentir “rara”.

Aunque existen estrategias de intervención, actualmente no existen programas específicos de intervención de Anorexia Nerviosa en población con TEA, es importante ahondar en este tema ya que cada vez hay más evidencia de la relación entre AN y TEA, sobre todo, en población femenina. Esto es debido a que el no diagnóstico o diagnóstico tardío de TEA durante la infancia, hace que sean más vulnerables a desarrollar problemas mentales secundarios tales como la AN. Aplicar programas específicos de TCA no adaptados al perfil cognitivos de estas personas va ligado a un peor pronóstico y a una peor respuesta al tratamiento debido a la rigidez y las dificultades introspectivas que caracterizan el TEA. Por lo que es evidente la importancia de que existan programas adaptados al perfil cognitivo de estas pacientes, programas que ayuden a mejorar el pronóstico de recuperación y en el que se consiga una mayor adherencia al tratamiento por parte de la paciente.

Por ello, se propone este programa de intervención para chicas con TEA nivel 1, sin déficit de lenguaje ni déficit cognitivo, dado que la bibliografía existente se centra en este perfil. Con este programa se busca conseguir que las jóvenes con TEA y diagnóstico de AN tengan a su disposición un tratamiento adaptado a sus necesidades para así mejorar su calidad de vida, abordando el problema de forma efectiva.

El programa está dirigido a chicas entre 13 y 18 años, puesto que es el período en el que los TCA tienen mayor incidencia, trabaja las áreas más importantes en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, con actividades visuales basadas en la metodología TEACCH, teniendo en cuenta el perfil de las personas al que va dirigido. Además, incluye sesiones en las que estarán presentes los familiares, lo que favorece la adherencia al tratamiento y ayuda a fortalecer el vínculo familiar durante el proceso de recuperación. Más concretamente, a los padres, se les hará partícipes en todo momento, se les da información acerca del TEA y de la AN, estrategias para afrontar la enfermedad de la joven, así como pautas para adaptarse lo mejor posible a la situación que está viviendo su hija, ya que la enfermedad puede repercutir en la familia a causa de la incertidumbre que puede ocasionar el diagnóstico.

En cuanto a las limitaciones que puede tener el programa, la principal es que no ha sido posible llevarlo a cabo y por tanto no se conocen los resultados del mismo ni su eficacia. Por otro lado, cabe destacar que es un programa destinado al sexo femenino, lo que deja fuera a gran parte de población TEA, aunque no se descarta que en un futuro el programa incluya ambos sexos. Además, la terapeuta debe tener un amplio conocimiento de ambos trastornos para poder adaptarse a las necesidades de cada usuaria del programa.

Para finalizar, con respecto a la proyección de futuro, en primer lugar, lo ideal sería poder llevarlo a cabo. Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente, se puede buscar generalizar el programa e incluir tanto a mujeres como varones y ampliar el rango de edad, dado que cada vez más hombres son diagnosticados con un TCA y el rango de edad es más amplio, haciendo las modificaciones pertinentes si se da el caso. Del mismo modo, para que sea accesible a personas que no se pueden permitir el coste de una clínica privada, se buscaría incluir el programa o una adaptación del mismo en las Unidades de Salud Mental Infantil y Adolescente (USMIA) dado que actualmente, para tratar de una manera efectiva un TCA, la persona afectada debe acudir a una clínica privada especializada en este tipo de trastornos ya que las largas listas de espera de las USMIA y el tiempo que transcurre entre una cita y otra, hace imposible que el tratamiento sea eficaz. Esto hace que muchas de las personas que no se pueden permitir pagar una clínica privada y tampoco reciben un tratamiento efectivo en las USMIA, abandonen la búsqueda de ayuda y su pronóstico empeore.

4. Referencias bibliográficas

- Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y. y Mata Iturralde, S. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero*, 47(4), 7-26. <http://dx.doi.org/10.14201/scero2016474726>
- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bachmann, C., Gerste, B., y Hoffmann, F. (2016) Diagnoses of autism spectrum disorders in Germany: time trends in administrative prevalence and diagnostic stability. *Autism*, 22(3), 283-290. doi:10.1177/1362361316673977
- Baio, J., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius- Spenser, M., et al. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report- Surveillance Summaries*, 67(6), 1-23. doi:10.15585/mmwr.ss6706a1
- Baratas, M., Hernando, N., Mata, M. J., & Villalba, L. (2013). Guía de intervención ante los trastornos de alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro autista (TEA). Recuperado de <http://www.aesan.msc.es>. <http://www.aetapi.org>.
- Baron-Cohen, S., Jaffa, T., Davies, S., Auyeung, B., Allison, C. y Wheelwright, S. (2013) Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits? *Molecular Autism* 4, 24. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-24>
- De la Vega Rodríguez, I. y Montalvo Calahorra, T. (2020). Terapia Dialéctico Conductual Radicalmente Abierta para la Anorexia Nerviosa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 147-162. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.314>
- Dunne, J. (2017). Mindfulness in anorexia nervosa: an integrated review of the literature. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(2), 109-117.
- Forteza, M. S., Escandell, M. O., y Castro, J. J. (2013). Estimated prevalence of autism spectrum disorders in the Canary Islands. *Anales de Pediatría*, 78(6), 352–359. doi:10.1016/j.anpedi.2013.04.022.

- Freeman y Dolan (2001). Revisiting prochaska and DiClemente's stages of change theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(3), 226.
- Fuentes Biggi, J., Ferrari Arroyo, M. J., Boada Muñoz, L., Touriño Aguilera, E., Artigas Pallarés, J., Belinchón Carmona, M., y Posada de la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev neurol*, 43(7), 425-38.
- García Marco, G. (2020). Trastorno del Espectro Autista en Anorexia Nerviosa: Invisibles frente al espejo. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 63-76. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.356>
- Gillberg, C. (1983). Are autism and Anorexia Nervosa related? *British Journal of Psychiatry*, 142(4), 428. <https://doi.org/10.1192/bjp.142.4.428b>
- Hansen, S. N., Schendel, D. E., y Parner, E. T. (2015). Explaining the Increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA Pediatrics*, 169(1), 56-62. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.1893
- Hernández, J. M., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., & Posada, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 41(4), 237-245.
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A. y Morgan, J. F. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 345–351. <https://doi.org/10.1002/erv.2244>
- Kinnaird, E., Norton, C., Stewart, C. y Tchanturia, K. (2019). Same behaviours, different reasons: what do patients with co-occurring anorexia and autism want for treatment? *International Review of Psychiatry*, 31(4), 308-317. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1531831>
- Lai, M-C., Lombardo, M. V., Ruigrok A. N. V., Chakrabarti B., Wheelwright S. J., Auyeung, B., Allison, C., Baron-Cohen, S. (2012) Cognition in Males and Females with Autism: Similarities and Differences. *PLoS ONE* 7(10): e47198. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047198>

- López Ramírez, S. M., Cara Navarro, A., Moreno Fernández, L. M., y Lozano Mengíbar, M. C. (2016). Anorexia: el rol de la psicoterapia y la farmacoterapia en adolescentes. *Perspectivas y Análisis de la Salud*, 99.
- Marco Cramer, M., Quiles Marcos, Y., y Quiles Sebastián, M.J., 2018. Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. *Informació psicològica*, (116), 18-31
- Martos Pérez, J., y Paula Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurologia*, 2011, vol. 52, num. Supl 1, p. S147-S153.
- Morales Hidalgo, P., Roigé Castellví, J., Hernández Martínez, C., Voltas, N., Canals, J., (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among Spanish school-age children. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(9), 3176-3190. doi: 10.1007/s10803-018-3581-2
- Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebarz, L. y Zeeck, A. (2019) Systematic Review: Overlap between eating, autism spectrum and attention deficit/hyperactivity disorder. *Frontiers in psychiatry*, 10(708). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00708>
- Perpiñá. C. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Madrid: Editorial Síntesis. S.A
- Piera Fernández, M. (2002). Anorexia y bulimia: orientación. *Farmacia profesional*, 16(11), 64-68.
- Tchanturia, K., Larsson, E. y Adamson, J. (2016). How anorexia nervosa patients with high and low autistic traits respond to group Cognitive Remediation Therapy. *BMC Psychiatry*, 16, 334. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1044-x>
- Tchanturia, K., Lloyd, S. y Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Current evidence and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492-495. <https://doi.org/10.1002/eat.22106>.
- Tchanturia, K., Lounes, N. y Holtum, S. (2014). Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 454-462. <https://doi.org/10.1002/erv.2326>

- Uddin, L.Q., Supekar, K., Lynch, C.J., Cheng, K.M., Odriozola, P., Barth, M.E., Phillips, J., Feinstein, C., Abrams, D.A., Menon, V. (2014). Brain state differentiation and behavioral in-flexibility in autism. *Cerebral Cortex, Volume 25*, 4740–4747. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhu161>
- Van Bourgondien, M. E., y Coonrod, E. (2013). TEACCH: An Intervention Approach for Children and Adults with Autism Spectrum Disorders and their Families. *Interventions for Autism Spectrum Disorders*, 75–105. doi:10.1007/978-1-4614-5301-7_5
- Westwood, H., Eisler, I., Mandy, W., Leppanen, J., Treasure, J. y Tchanturia, K. (2015). Using the Autism-Spectrum Quotient to Measure Autistic Traits in Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Autism Developmental Disorders*, 46, 964–977. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2641-0>
- Westwood, H. y Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review. *Curr Psychiatry Rep*, 19, 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>

5. Anexos

Anexo 1: Criterios diagnósticos del TEA (Extraído de DSM-5)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos

- C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (**Nota de codificación:** Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada).

Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (**Nota de codificación:** Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado(s)).

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 119-120). (**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro autista para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Anexo 2: Niveles de gravedad del TEA (Elaboración propia, extraído de DSM-5)

Tabla 2.

Tabla niveles de gravedad de los TEA.

Nivel de gravedad	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3: “Necesita ayuda muy notable”	Deficiencias graves en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones graves del funcionamiento, con un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de los otros.	Inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para afrontar cambios y otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad/dificultad intensa al cambiar el foco de interés o la conducta.
Grado 2: “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables en las habilidades de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales que son aparentes incluso con apoyos; inicio limitado de interacciones sociales y respuestas reducidas a la apertura social de otros.	Inflexibilidad del comportamiento, dificultades para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con la frecuencia suficiente como para ser detectadas por el observador e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
Grado 1: “Necesita ayuda”	Sin ayuda, las dificultades de comunicación social provocan dificultades importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a la apertura social de otros. Puede parecer que tiene un pobre interés en las relaciones sociales. .	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación dificultan la autonomía.

Nota: Modificado de: American Psychiatric Association (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

Anexo 3: Criterios diagnósticos de la AN (Extraído de DSM-5)

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo

Especificar si:

(F50.01) **Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) **Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Anexo 4: Escalas de Inteligencia Wechsler. (WAIS-IV y WISC-V)



Anexo 5: Cuestionario EAT-40.

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Nº historia:

Fecha:

Puntuación:

Marca con una X tu respuesta.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupa mucho por la comida						
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento lleno/a después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incomómodo/a después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo 6: Cuestionario BSQ.

INSATISFACCION DE IMAGEN CORPORAL

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre	
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?							
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?							
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?							
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?							
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?							
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?							
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?							
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?							
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?							
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?							
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?							
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?							
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)							
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?							
IC15	Has evitado llevar ropa que marcase tu figura?							
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?							
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?							
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?							
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?							
IC20	Te has sentido aconplejado/a por tu cuerpo?							
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?							
IC22	Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?							
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)							
IC24	Te ha preocupado que la gente vea "llanitas" en tu cintura?							
IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?							
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?							
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?							
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?							
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?							
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanto grasa hay?							
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?							
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?							
IC33	Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente							
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?							

Anexo 7: ¿Qué es la Anorexia Nerviosa? (Material de elaboración propia)

HE PERDIDO MUCHO PESO EN POCO TIEMPO



AUNQUE PERDÍ PESO SIGO VIENDOME IGUAL



NO TENGO ENERGÍA



TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR



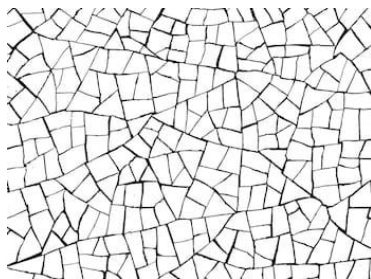
NO ME PUEDO CONCENTRAR



ME SIENTO MAREADA, DÉBIL



TENGO LA PIEL SECA



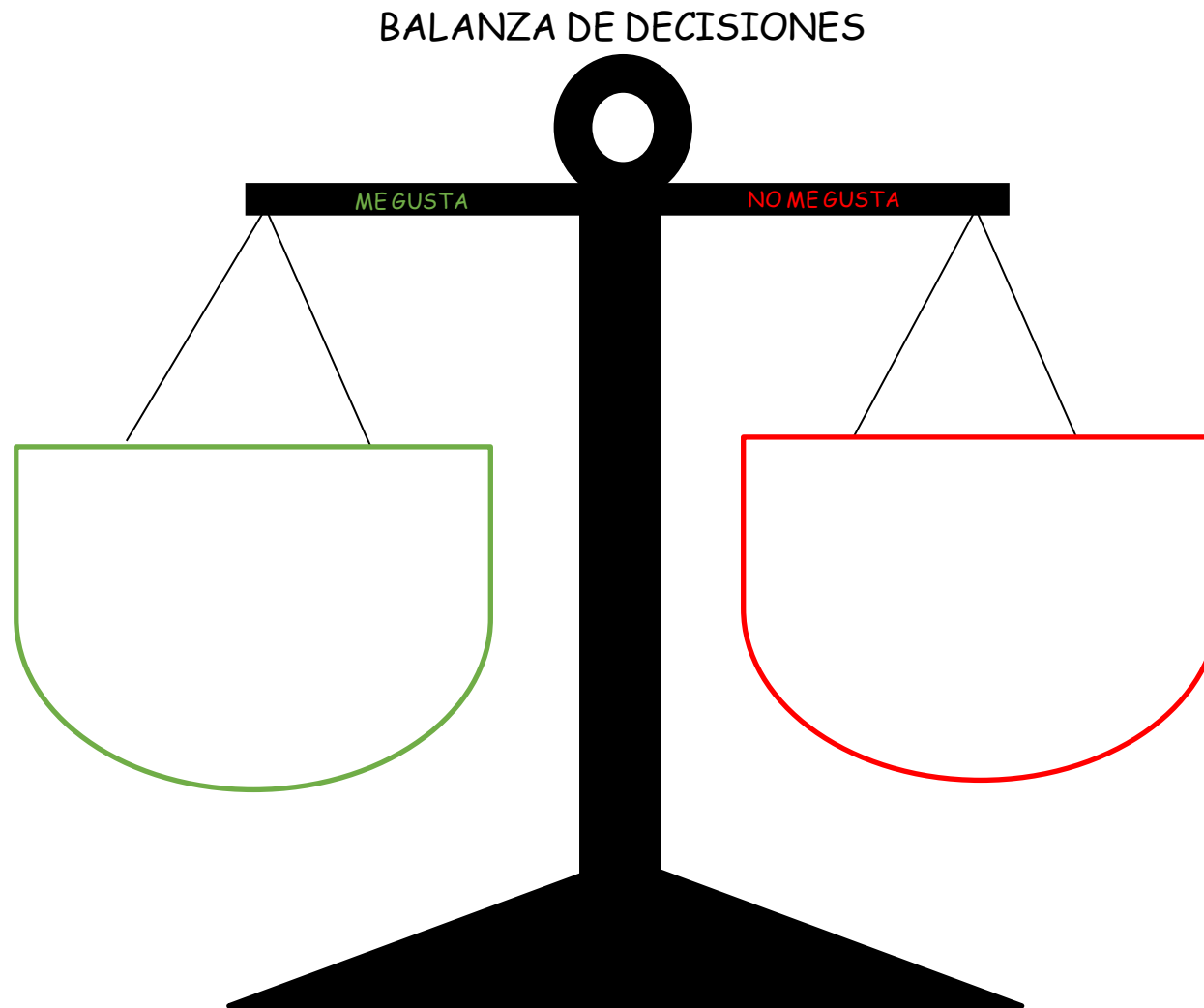
ESTOY TRISTE



LOS DEMÁS SE PREOCUPAN POR MI SALUD



Anexo 8: Balanza de decisiones. (Material de elaboración propia)



Anexo 9: Modelo de etiopatogenia. (Material de elaboración propia)

FACTORES PREDISPONENTES



Individuales: Edad, baja autoestima, miedo a crecer, genética, burlas...
Familiares: Rigidez, exigencia, sobreprotección, abandono familiar...
Culturales: Presión social, delgadez=éxito...

FACTORES PRECIPITANTES



Cambios corporales en la adolescencia, subir de peso muy rápido, críticas al cuerpo, sucesos estresantes...

FACTORES MANTENEDORES



Aislamiento, halagos al bajar de peso...

Anexo 10: *¿Quién soy?* (Material de elaboración propia)

ME LLAMO:

¿CÓMO SOY?

-
-
-



LO QUE MÁS ME
GUSTA HACER ES...

-
-
-



LO QUE MENOS ME
GUSTA HACER ES:

-
-
-



VIVO CON:

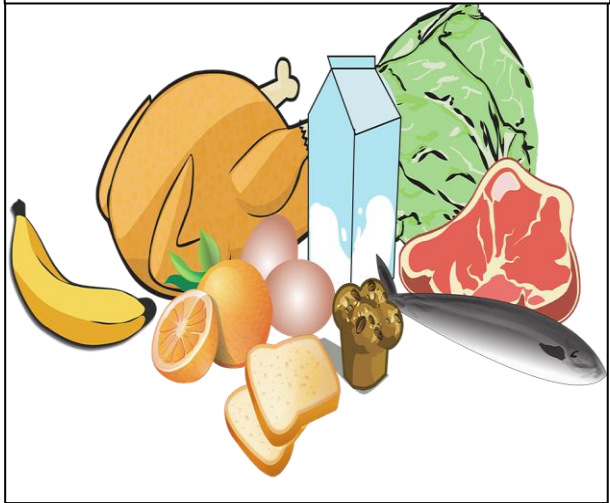
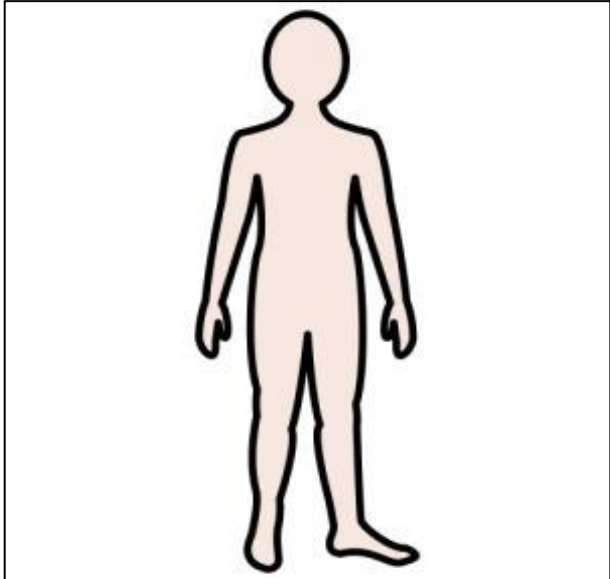
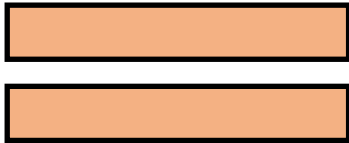
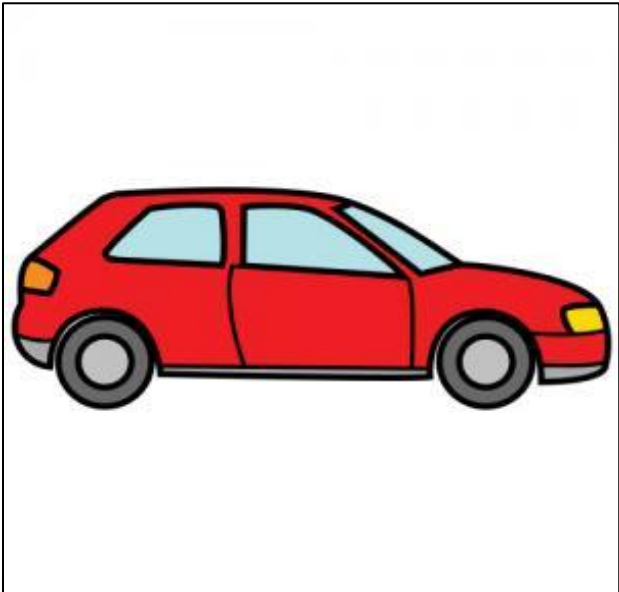
-
-
-



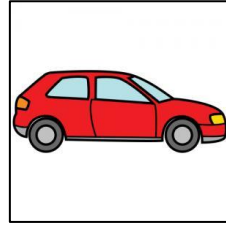
EN MI TIEMPO LIBRE...



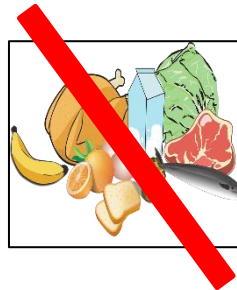
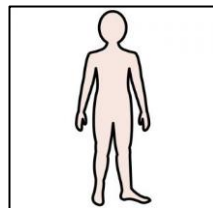
Anexo 11: *Somos como un coche.* (Material de elaboración propia)



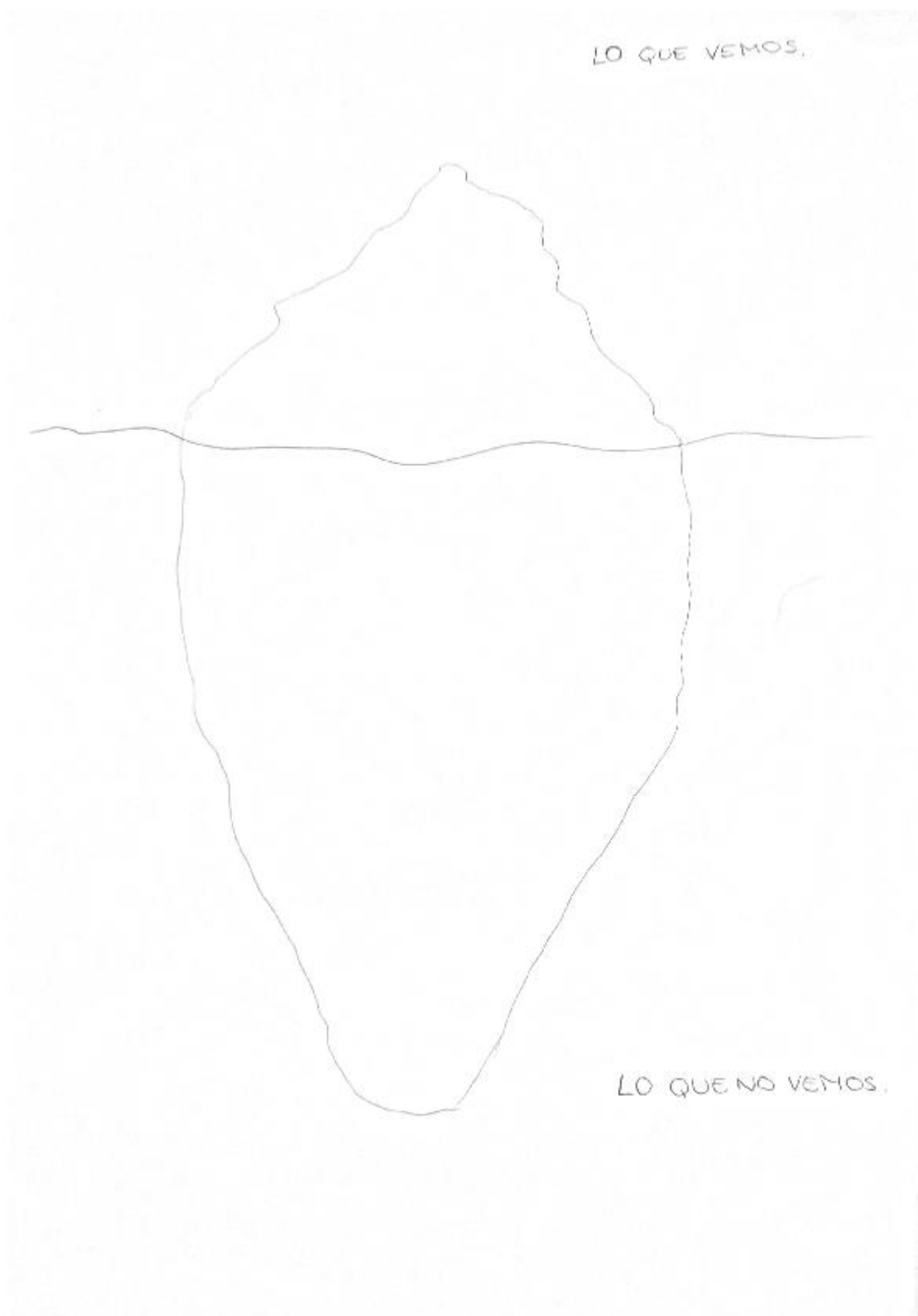
SI NO PONGO GASOLINA AL COCHE, NO FUNCIONA



SI NO LE DOY COMIDA A MI CUERPO, NO FUNCIONA



Anexo 12: *El iceberg de la enfermedad.* (Material de elaboración propia)



Anexo 13: ¿Qué comemos esta semana? (Material de elaboración propia)

¿QUÉ COMEMOS ESTA SEMANA?

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						

Anexo 14: Mantenedores de la enfermedad. (Material de elaboración propia)



Orienta a la persona con TCA; guiando, acompañando y a veces empujando amablemente desde atrás. Lo hace hasta que la persona está a salvo y luego deja que esta siga con su camino.



No quiere hablar ni pensar sobre los problemas. Se aleja de la familia. Resta importancia a la enfermedad. Frío y distante. Empeora el TCA.



Sobreprotección. Miedo a equivocarse. No deja que la persona con TCA afronte ninguna responsabilidad. Trata a la persona enferma de manera especial.



Culpa a su hija por estar enferma. Puede llegar a intimidar. Utiliza su lógica para persuadir a su hija del TCA, sin ponerse en su lugar.





Hipersensibilidad, desesperación. Creen que han fracasado como padres. Se culpabiliza por la enfermedad de su hija.

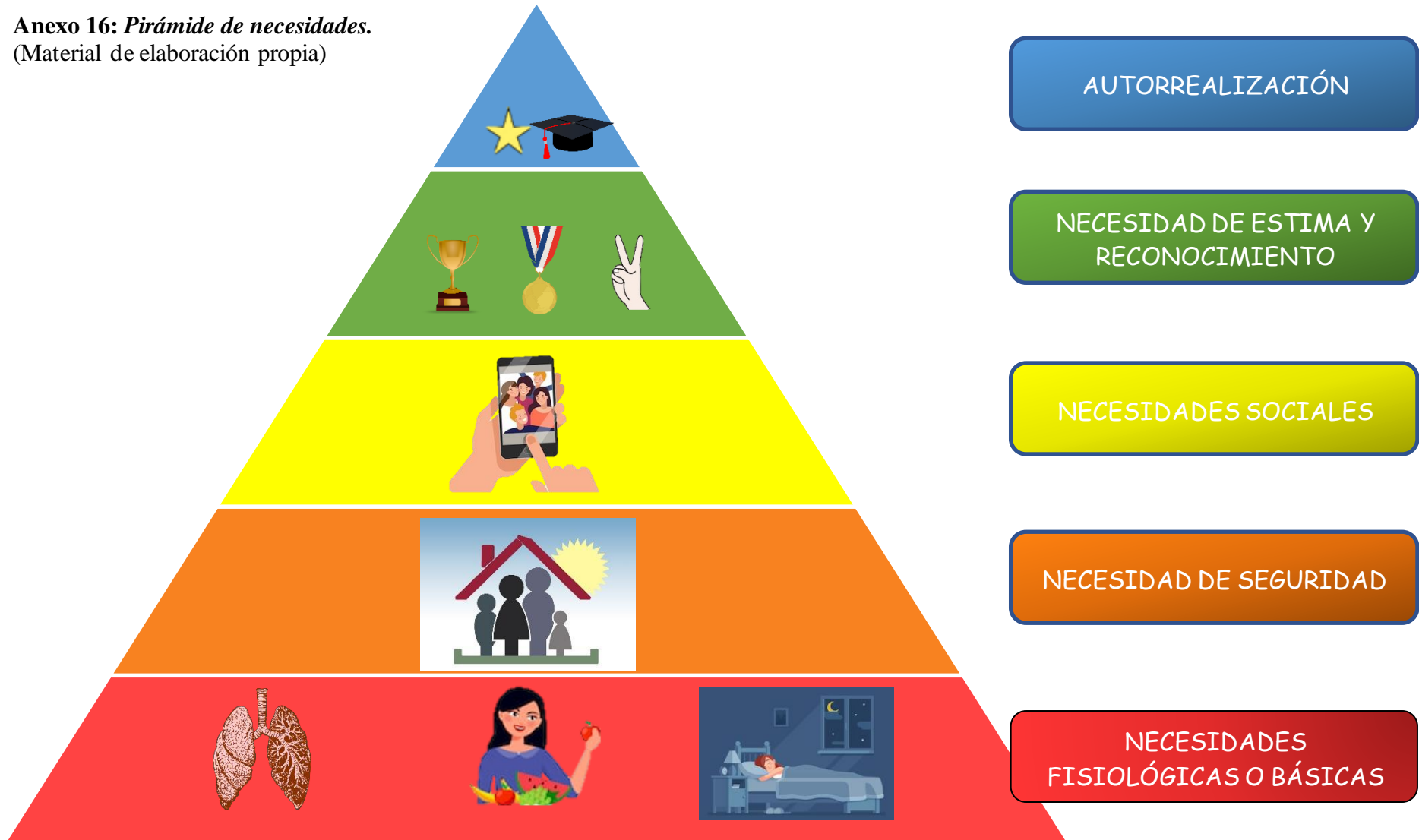


Transmite tranquilidad, calidez, compañía y fortaleza. Mantiene la calma.

Anexo 15: Lista de normas. (Material de elaboración propia)

<p>HACER</p> 	<p>NO HACER</p> 
<ul style="list-style-type: none"> -COMER TODOS JUNTOS -TODOS COMER LA MISMA COMIDA -REALIZAR ACTIVIDADES FAMILIARES -RESPONSABILIZAR. NO CULPAR. -TRANSMITIR EMPATÍA Y CONFIANZA -COMENTAR CAMBIOS EN LA RUTINA (COMER FUERA, IR DE EXCURSIÓN...) CON ANTELACIÓN A LA TERAPEUTA -AÑADIR PROPUESTAS REALIZADAS POR LA FAMILIA 	<ul style="list-style-type: none"> -CONVERTIRSE EN TERAPEUTAS -DISCUTIR DURANTE LAS COMIDAS -QUITARLE RESPONSABILIDADES PORQUE "ESTA MALITA" -CULPABILIZARSE DE LA ENFERMEDAD -CULPABILIZAR A LA NIÑA POR LA ENFERMEDAD -AÑADIR PROPUESTAS REALIZADAS POR LA FAMILIA

Anexo 16: Pirámide de necesidades.
(Material de elaboración propia)



¿QUÉ PUEDO HACER PARA DORMIR MEJOR?

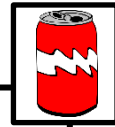
Tener un horario regular para acostarse y despertarse.



No hacer siesta durante más de 45 minutos al día.



No tomar refrescos, té ni chocolate 6 horas antes de irme a dormir.



No tomar alimentos pesados o azucarados 4 horas antes de acostarse.



Usar un pijama cómodo.



Solo utilizo la cama para dormir.



Anexo 17: *Escáner corporal.* (Material de elaboración propia)

1

ME PONGO EN UNA POSICIÓN CÓMODA



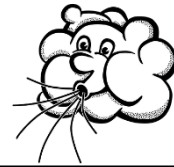
2

CIERRO LOS OJOS



3

RESPIRO A CON CALMA



4

ME CENTRO UNA A UNA EN LAS PARTES DE MI CUERPO (DE ABAJO A ARRIBA)



5

ME PREGUNTO:
¿QUÉ SIENTE ESA PARTE DEL CUERPO?



6

INTENTO SENTIR LA RESPIRACIÓN EN ESA PARTE DEL CUERPO

7

LO HAGO CON TODAS LAS PARTES DEL CUERPO HASTA LLEGAR A LA CABEZA



8

SI ME DISTRAIGO VUELVO A CONCENTRARME EN LA RESPIRACIÓN



9

CUANDO ACABO ME DESPIERTO LENTAMENTE

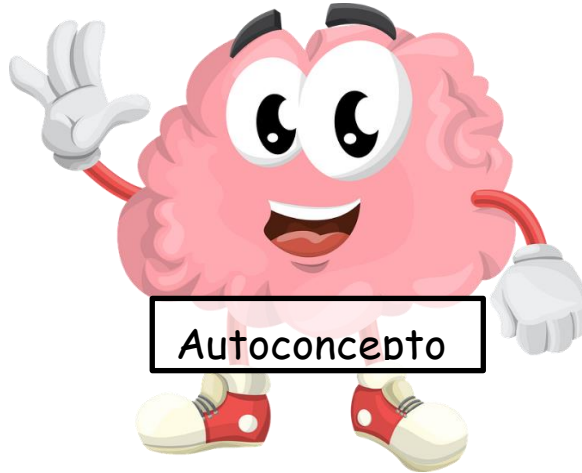


1

¿CÓMO ME SIENTO?



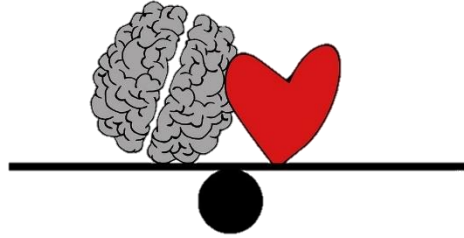
Audio de apoyo: <https://www.youtube.com/watch?v=95FDmll4aH4>



ES LA IMAGEN QUE TENEMOS DE NOSOTROS
MISMOS



INFLUYE EN COMO NOS SENTIMOS CON
NOSOTROS MISMOS



¿CÓMO SE RELACIONAN?

AUTOCONCEPTO POSITIVO → AUTOESTIMA ALTA

AUTOCONCEPTO NEGATIVO → AUTOESTIMA BAJA

Anexo 19: *Listado de fortalezas.* (Material de elaboración propia)

ELOGIOS QUE HE RECIBIDO	MIS FORTALEZAS	ESTOY ORGULLOSA DE...

Elogios:

Al acabar, puntúa del 1 al 10 cuánto te crees de cada elogio.

¿Qué pasaría si te los creyeras todos al 100%? ¿Qué cambiaría en tu actitud o en tu autoconcepto?

Fortalezas:

¿Qué dicen de ti misma?

¿Qué habilidades y recursos crees que hay detrás de cada fortaleza?

¿Hay otras fortalezas, habilidades, o valores que te gustaría fomentar? ¿Qué podrías hacer para ello?




Cosas de las que estás orgullosa:

¿Qué dicen de ti misma? ¿Qué valores y qué habilidades hay detrás de cada una?

Anexo 20: *Me escucho, te escucho.* (Material de elaboración propia)

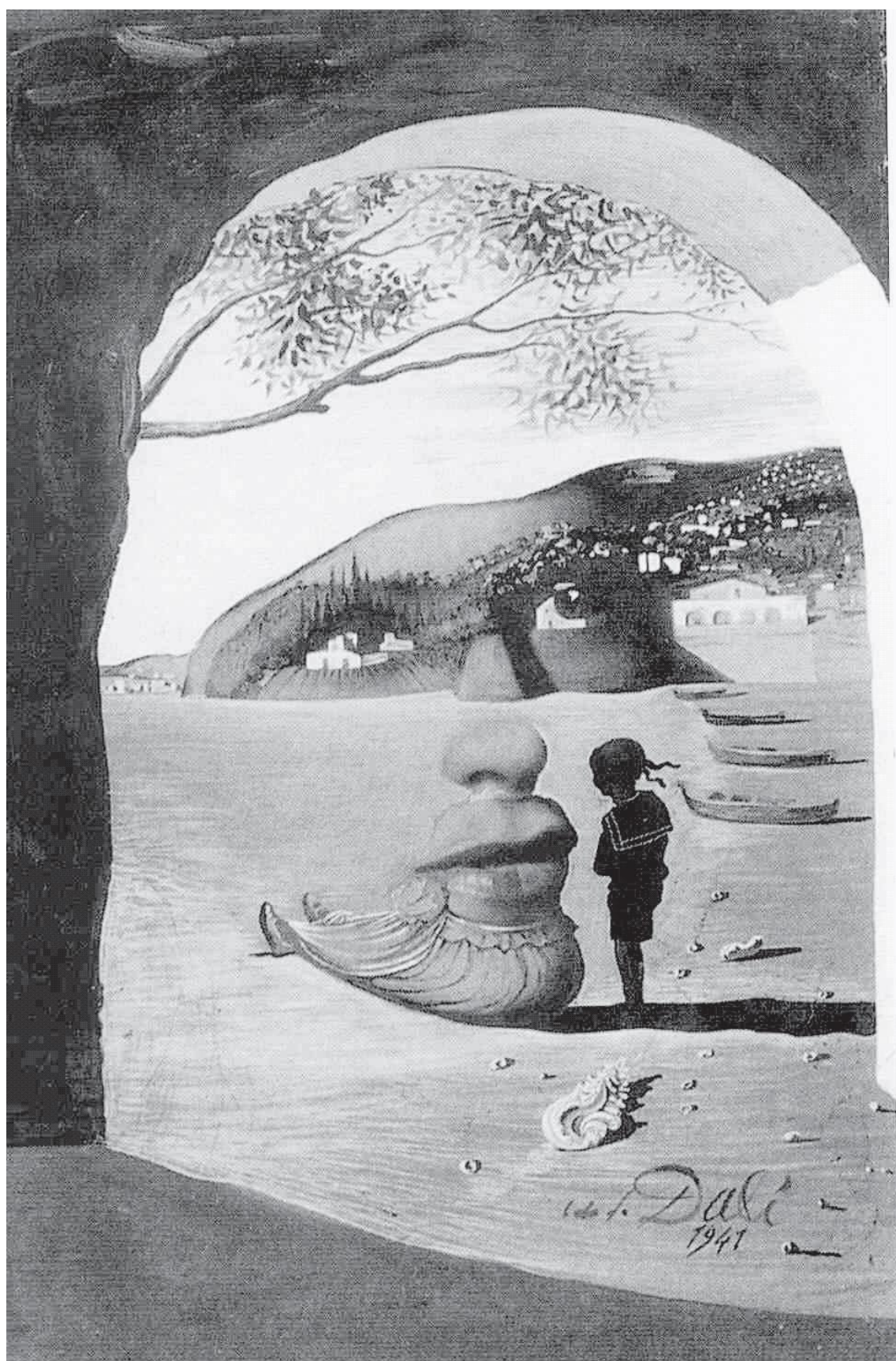


Anexo 21: Tarea para casa sesión 19. (Material de elaboración propia)

DÍA 	¿QUIÉN? 	¿QUÉ HIZO? 

Anexo 22: *Tarea de ilusión.* (Extraído de Tchanturia et al., 2010)





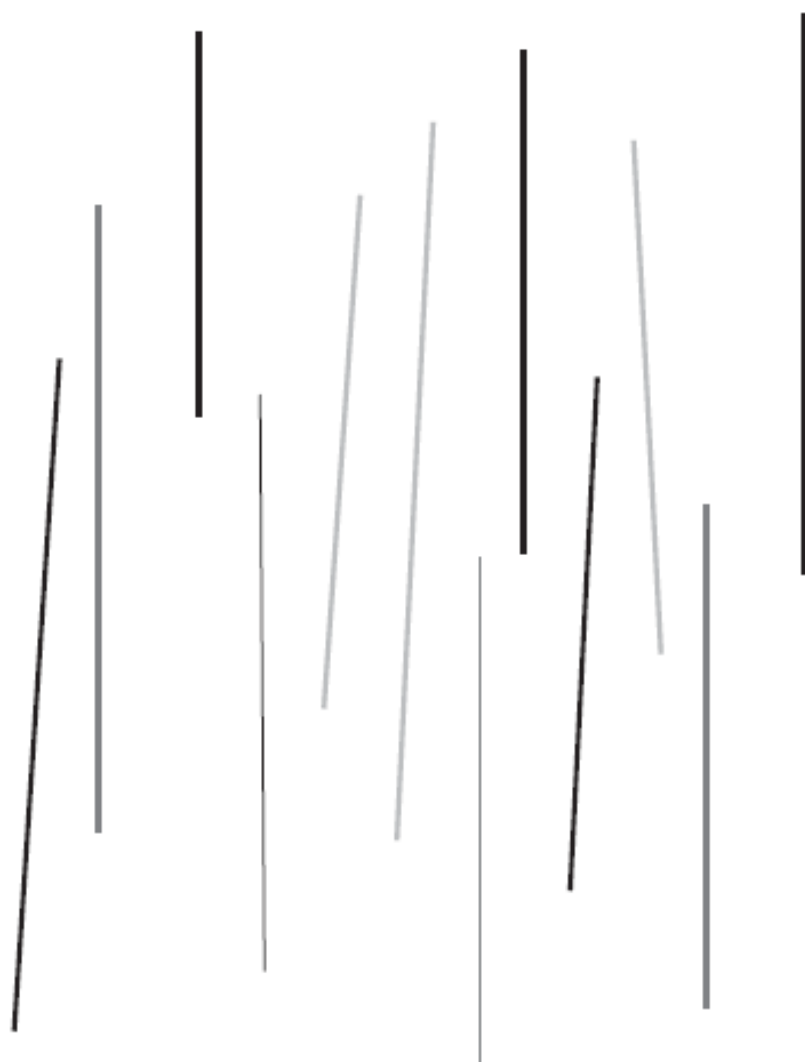


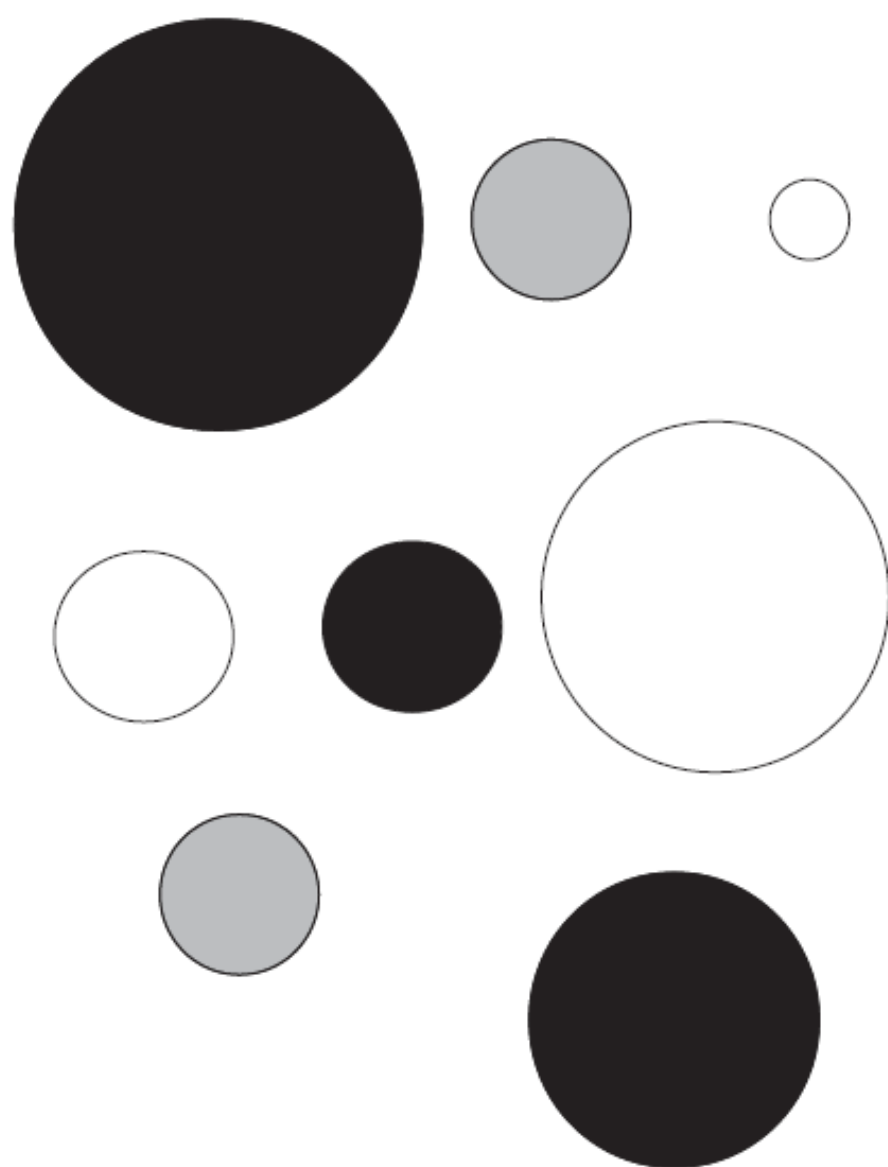
Preguntas para trabajar las reflexiones de la paciente.

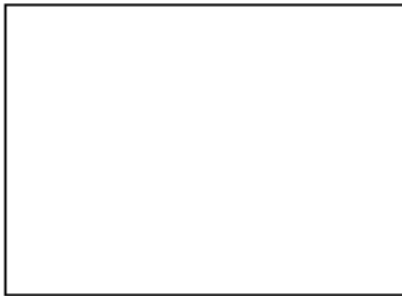
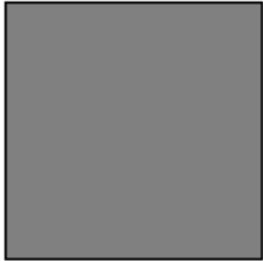
(Material para la/el terapeuta)

- ¿Viste más de una imagen casi de inmediato?
- ¿Te esforzaste por encontrar la imagen lo más rápido posible?
- ¿Utilizaste alguna técnica en particular para encontrar la otra imagen, por ejemplo, moviendo el papel?
- ¿Pudiste intercambiar fácilmente las imágenes?
- ¿Cómo puedes usar esta experiencia en las actividades cotidianas? Si no puede responder, proporcione los siguientes ejemplos:
 - ¿Has estado en desacuerdo sobre algo con alguien y no has podido ver su perspectiva? ¿Finalmente pudiste ver su punto de vista?
 - ¿A veces es difícil cambiar de opinión sobre las cosas?
 - ¿A veces es útil alejarse de una situación para ver toda la situación, en lugar de solo partes?
 - Imagina una vista de algo; podría ser la calle principal cerca de usted, una vista de un centro vacacional o la vista desde la ventana de su habitación. Piense en diferentes formas de ver esta vista. Imagina que estás tomando una foto. Piense en todas las diferentes posiciones en las que podría llegar para obtener tantas tomas diferentes de la misma cosa.

Anexo 23: Tarea de ilusión. (Extraído de Tchanturia et al., 2010)







Solicitar las observaciones de la paciente.

(Material para la/el terapeuta)

- ¿Te gustó o no te gustó esta tarea?
- ¿Cómo abordaste la tarea? ¿Utilizaste alguna técnica para guiarte donde colocaste tu marca?
- ¿Tuviste momentos en los que sentiste que estabas cometiendo un error? ¿Qué hiciste?
- ¿Hiciste esto de manera diferente de lo que normalmente haces una tarea? Por ejemplo, ¿te tomaste más o menos tiempo?
- ¿Cómo te sientes al adivinar cosas? ¿Te gusta saber más que adivinar? ¿Cuándo puede ser eso bueno? ¿Cuándo podría no ser bueno?
- ¿Busca la respuesta correcta o pasa tiempo enfocándose en los detalles, en lugar de elegir algo imperfecto, pero aceptable?
- ¿Cómo puedes usar esta experiencia en las actividades cotidianas?

Por ejemplo, calcule el tamaño del espacio de estacionamiento cuando estacione su automóvil; estimar la cantidad de detergente a usar; estimar el tiempo en lugar de mirar el reloj.

Si los pacientes toman la tarea demasiado en serio y pasan más tiempo del que deberían en la tarea, pregunte acerca de pasar demasiado tiempo en tareas pequeñas o sin importancia. Pregúnteles si a menudo se encuentran pasando más tiempo del necesario en detalles o haciendo que ciertas cosas sean exactas, en lugar de centrarse en hacer una tarea "lo suficientemente bien".

Aquí hay algunos ejemplos de estrategias alternativas al pensamiento perfeccionista:

"Mi corte de pelo se ve terrible y me aterra que me vean en público" O "La gente en la calle está mucho menos interesada en mi cabello que yo y probablemente ni se darán cuenta. Además, mi cabello volverá a crecer eventualmente".

"Estoy tan molesto que mi auto nuevo tiene un pequeño rasguño" O "Es normal que los autos tengan pequeños rasguños". Si no sucediera hoy, habría sucedido tarde o temprano".

"El desorden de otras personas me vuelve loco" O "Supongo que es solo dejar una bolsa o algo por ahí. Es algo pequeño en comparación con el precio de nuestra amistad".

Piensa en tu miedo a cometer un error. ¿Es realista? ¿Qué dirían amigos y familiares?

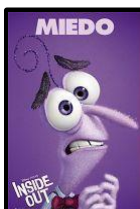
¿Su miedo es bastante desproporcionado, tal vez un poco como una fobia?

Reduzca a la mitad la cantidad de tiempo que se toma para peinarse o maquillarse.

Reduzca a la mitad la cantidad de tiempo que toma para ordenar su habitación.

Solo verifica algo que hayas escrito una vez, p. texto, carta, correo electrónico, informe.

EMOCIONES



MIEDO



RABIA



ASCO



ALEGRÍA



TRISTEZA

¿PARA QUÉ SIRVEN?

1
PERMITEN QUE OTROS ENTIENDAN
COMO NOS SENTIMOS



2
NOS PERMITEN COMPRENDER A LOS
DEMÁS



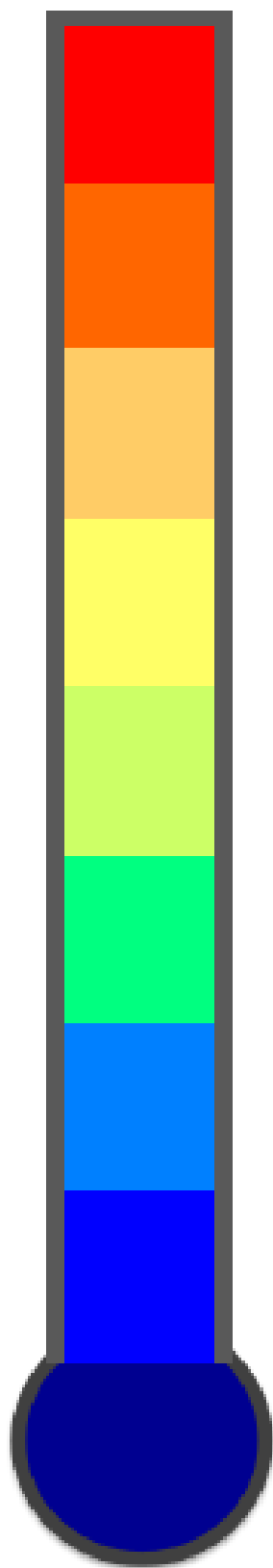
3
PUEDEN AYUDARNOS A TOMAR
DECISIONES



4
NOS AYUDAN A ADAPTARNOS A
DIFERENTES SITUACIONES



Anexo 25: Termómetro ¿Cómo me siento? (Material de elaboración propia. Adaptado de Blog: El sonido de la hierba al crecer)



ME SIENTO...

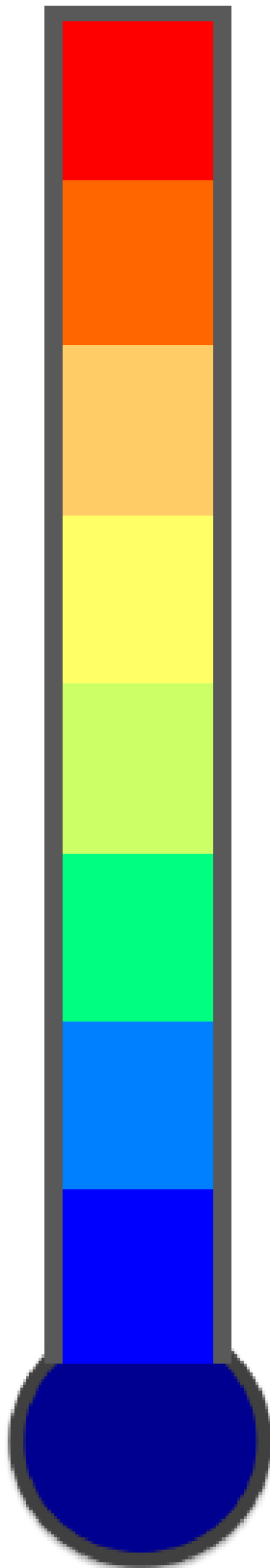


¿Cuándo?

¿Cómo lo expreso?

¿Qué pueden hacer los demás por mí?

¿Qué puedo hacer yo?



TRISTE

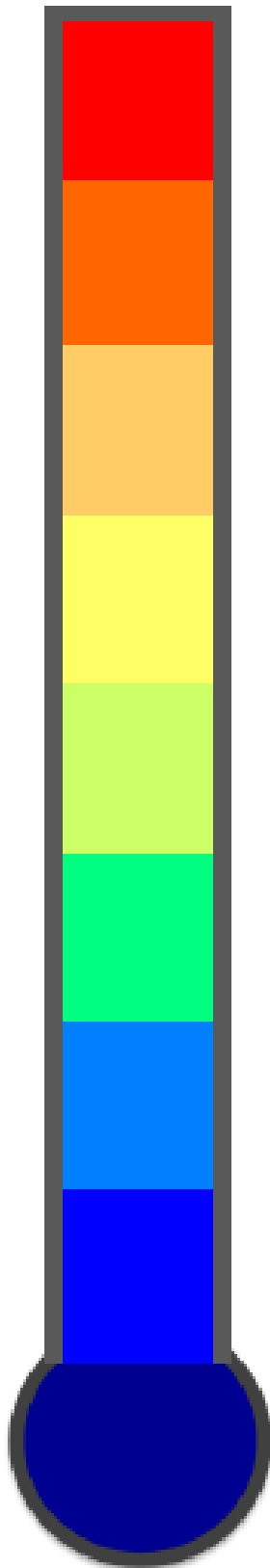


¿Cuándo?

¿Cómo lo expreso?

¿Qué pueden hacer los demás por mí?

¿Qué puedo hacer yo?



TRANQUILA

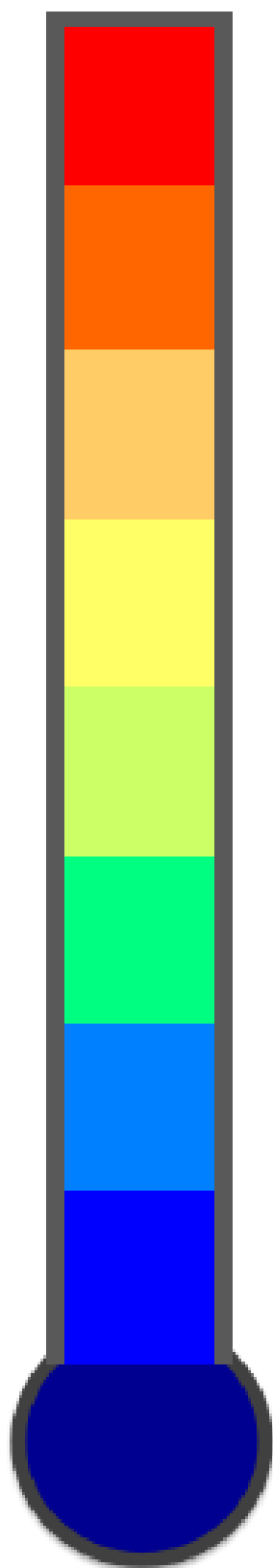


¿Cuándo?

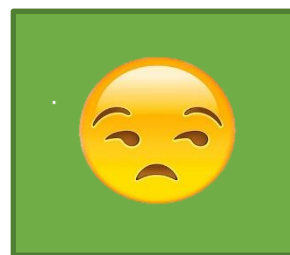
¿Cómo lo expreso?

¿Qué pueden hacer los demás por mí?

¿Qué puedo hacer yo?



MOLESTA

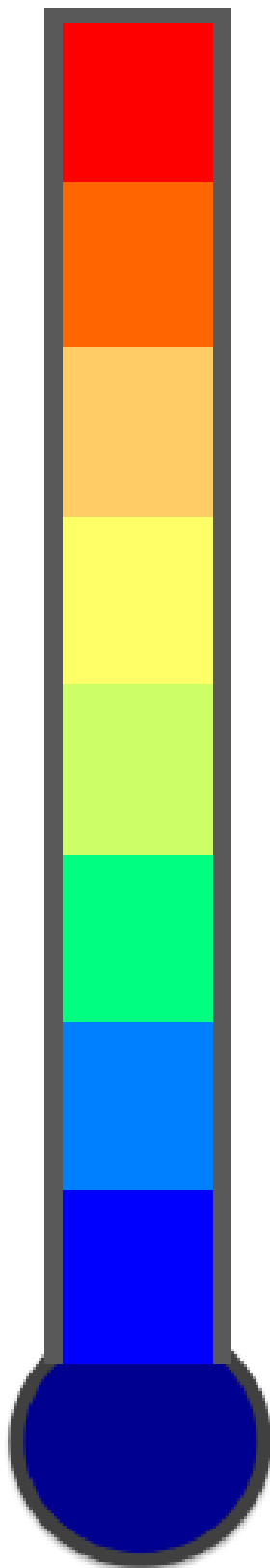


¿Cuándo?

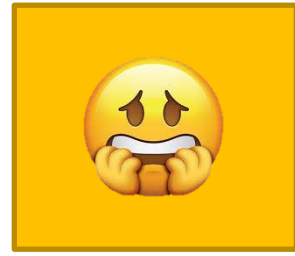
¿Cómo lo expreso?

¿Qué pueden hacer los demás por mí?

¿Qué puedo hacer yo?



NERVIOSA

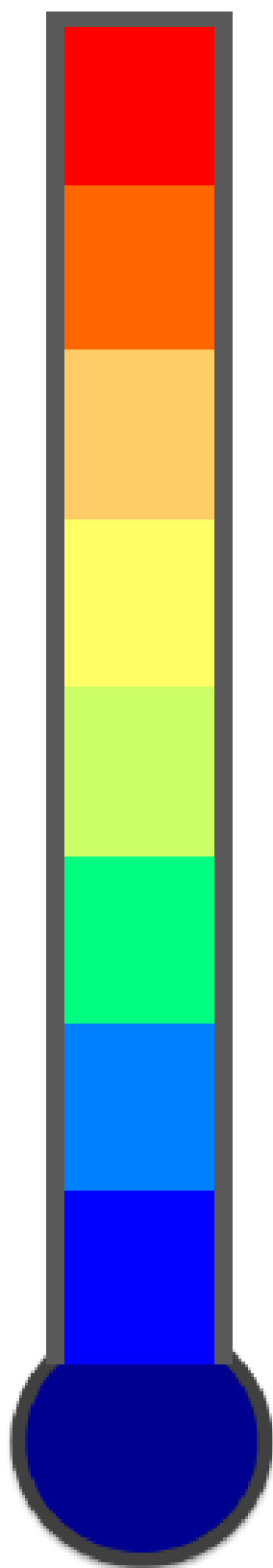


¿Cuándo?

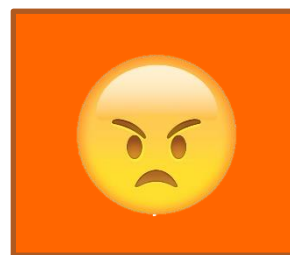
¿Cómo lo expreso?

¿Qué pueden hacer los demás por mí?

¿Qué puedo hacer yo?



ENFADADA

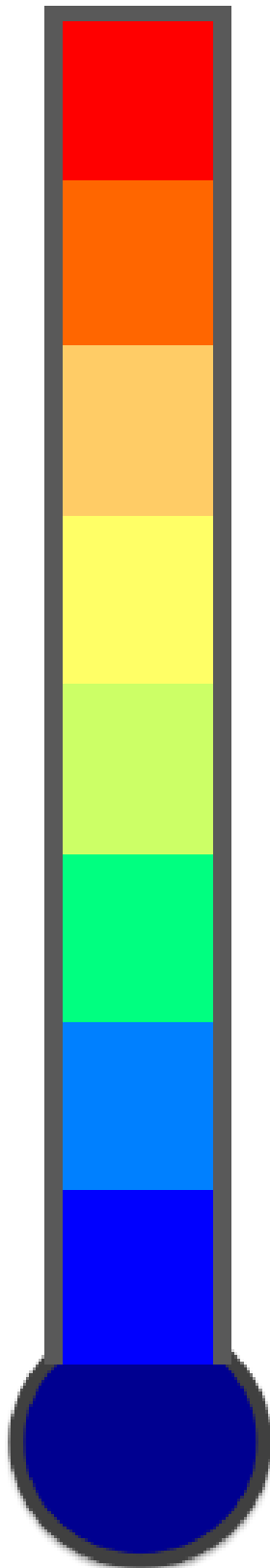


¿Cuándo?

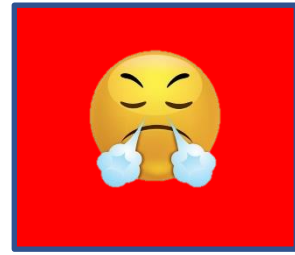
¿Cómo lo expreso?

¿Qué pueden hacer los demás por mí?

¿Qué puedo hacer yo?



FURIOSA



¿Cuándo?

¿Cómo lo expreso?

¿Qué pueden hacer los demás por mí?

¿Qué puedo hacer yo?

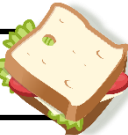



Anexo 26: Konekta Fácil.



Anexo 27: *El bote de las emociones.* (Material extraído de Google imágenes)



Anexo 28: *El sándwich.* (Material de elaboración propia)

	"EL SÁNDWICH"	
1	ALGO POSITIVO	
2	CRÍTICA QUE QUIERO HACER	
3	ALGO POSITIVO	

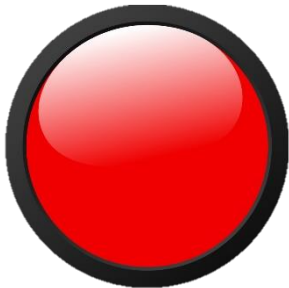
Anexo 29: Registro de pensamientos. (Material de elaboración propia)

DÍA Y HORA	¿QUÉ ESTABA HACIENDO?	PENSAMIENTO	¿CÓMO ME SENTÍ?	¿HICE ALGO?

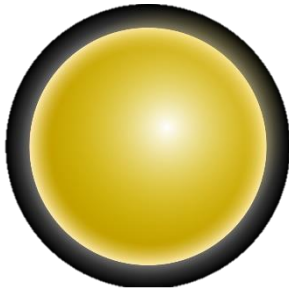




Anexo 30: Semáforo de exposición. (Material de elaboración propia)



SITUACIÓN	ANSIEDAD (1-10)

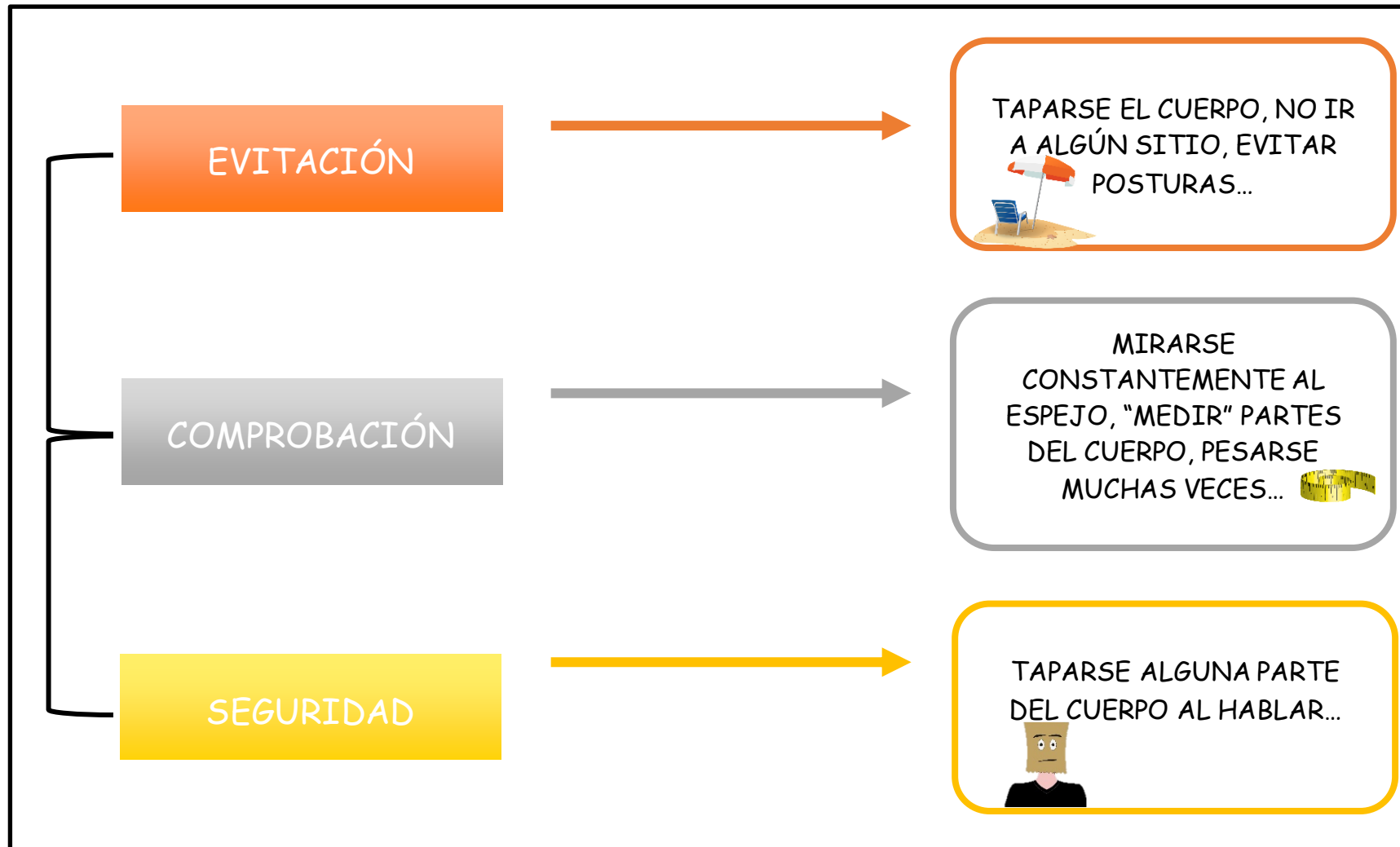


SITUACIÓN	ANSIEDAD (1-10)



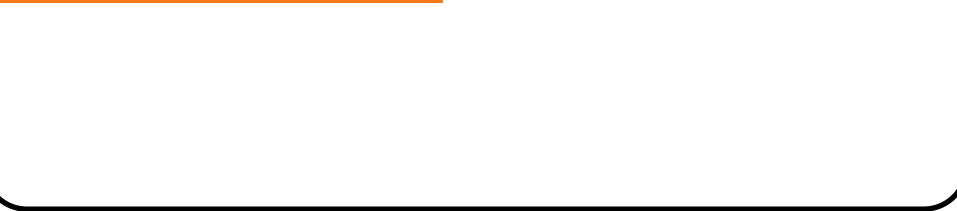
SITUACIÓN	ANSIEDAD (1-10)

Anexo 31: ¿Cómo me trato? (Material de elaboración propia)

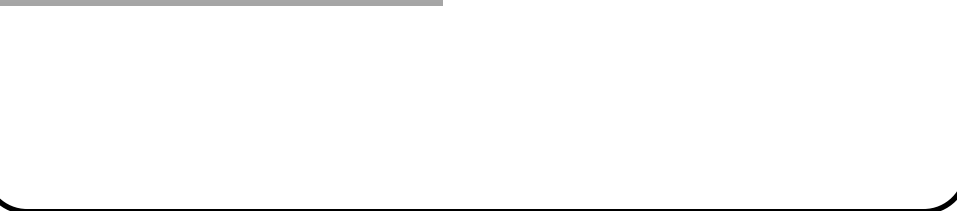


"MIS RITUALES"

EVITACIÓN



COMPROBACIÓN



SEGURIDAD



¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?

CÓMO ME VEO A MI MISMA



IMAGEN CORPORAL POSITIVA

- ME VEO TAL Y COMO SOY
- LA FORMA DE MI CUERPO NO DEFINE MI IDENTIDAD
- ME SIENTO SEGURA CON MI CUERPO

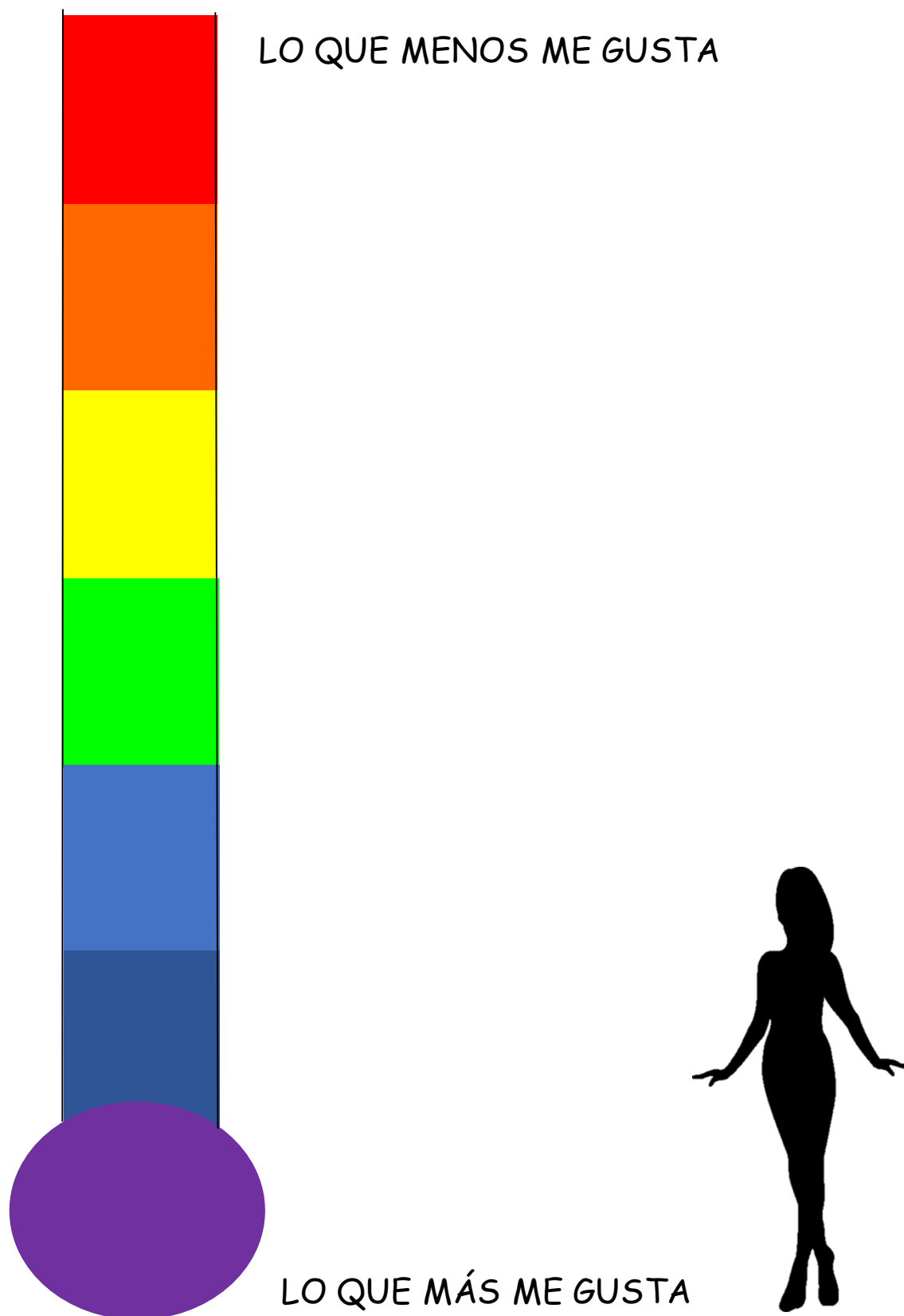


IMAGEN CORPORAL NEGATIVA

- DISTORSIÓN CORPORAL: NO ME VEO COMO REALMENTE SOY
- ME AVERGÜENZO DE MI CUERPO
- ME GUSTARÍA CAMBIAR DE CUERPO



Anexo 33: *Termómetro de imagen corporal.* (Material de elaboración propia)



¿CÓMO ESTABA ANTES
DE VENIR AQUÍ?

¿CÓMO ESTOY AHORA?

¿HA CAMBIADO EN
ALGO MI VIDA?

ESO HACE QUE ME
SIENTA...

Anexo 35: *Mi mochila.* (Material de elaboración propia)

APUNTA DENTRO DE LA MOCHILA LO QUE HAS APRENDIDO
DURANTE TODO ESTE TIEMPO

